





REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Prof. libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris.— **J. Baron**, à Clifton-Bristol. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **C. Benni**, à Varsovie. — **G. Bœke**, Prof. d'Otologie, à Budapesth. — **Boucheron**, à Paris. — **Bresgen**, à Francfort-sur-Mein. — **Bryson Delavan**, Prof. de Laryngologie à New-York. — **F. Cardone**, de Naples. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Chiari**, Privat-docent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, médecin à l'hôpital Péreire, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Prof. libre de Laryngologie, à Paris.— **Gorham Bacon**, de New-York. — **Jos. Gruber**, Prof. d'Otologie, à l'Université de Vienne.— **Hering**, Médecin à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **Jacquemart**, à Nice. — **Joal**, à Paris. — **Kirchner**, Privat-docent à Wurzbourg. — **C. Labus**, Prof. de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Masseï**, Prof. de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Prof. libre d'Otologie, à Paris. — **Morpurgo**, à Trieste. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Prof. libre de Laryngologie, à Paris. — **Ramon de la Sota y Lastra**, à Séville. — **Rolland**, de Montréal (Canada). — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiegelow**, à Copenhague. — **Schnitzler**, Prof. de Laryngologie à Vienne. — **O. Seifert**, Privat-docent à Wurzbourg. — **Solis Cohen**, Prof. de Laryngologie, à Philadelphie. — **Suarez de Mendoza** (Angers). — **Urban Pritchard**, Prof. d'Otologie à l'hôpital du « King's College », à Londres. — **Wagnier**, de Lille. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME VIII

1888

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, —

MDCCCLXXXVIII.

9e Année. N° 1. 1er Janvier 1888.

REVUE MENSUELLE
DE
LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE

GOMME SYPHILITIQUE DE LA FACE INTERNE DE L'AILE DU NEZ (1).

Par le Dr E. J. MOURE.

Presque tous les auteurs qui se sont occupés de la syphilis signalent la forme nasale de cette affection, et l'on peut affirmer sans crainte que ce sont surtout les manifestations tertiaires de cette diathèse qui ont été le mieux et le plus complètement décrites. Ce n'est point le moment de faire un long historique de la question, qui a été déjà traitée, sous toutes ses faces dans notre pays par des autorités incontestées en ces matières ; car il me suffira de citer les noms de MM. Fournier, Lancereaux, Ch. Mauriac et Jullien pour n'avoir pas besoin d'insister davantage sur ce point de la question.

Tous les syphiligraphes s'accordent sur la fréquence des manifestations tertiaires observées sur la muqueuse nasale et tous également décrivent en détail la forme ulcéreuse de l'affection, « l'ozène syphilitique », comme disent la plupart.

Quelques-uns discutent pour savoir si l'altération débute par la muqueuse, ou par les parties profondes (cartilages, os) ; d'autres insistent sur la gravité et la marche rapide des lésions, les pertes de substance considérables qu'elles déterminent. Lancereaux (2), Morell-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 oct. 1887.

(2) Traité de la syphilis, Paris 1866, p. 505.

Mackensie (1), J. Moure (2), Jullien (3), Trousseau (4), rapportent des exemples d'expulsion de la cloison, du vomer, de l'ethmoïde, du sphénoïde (Baratoux) (5).

Les altérations du tégument externe lui-même ont été savamment décrites. En résumé, c'est presque toujours la forme ulcéreuse que l'on avait en vue, tandis que la véritable tumeur gommeuse passait souvent inaperçue, soit que le malade ne vienne consulter son médecin que beaucoup trop tard, alors que l'ulcération s'est produite; soit, ce qui est plus probable, que la lésion débute le plus souvent par les couches profondes, par le squelette, pour s'étendre ensuite, avec plus ou moins de rapidité, à la surface en détruisant la charpente de l'organe olfactif, à moins qu'un traitement approprié ne vienne enrayer le mal. Enfin, il est bien établi pour tous les observateurs que les lésions de la syphilis nasale tertiaire occupent de préférence, et souvent même d'une façon exclusive, la cloison des fosses nasales pour gagner ensuite les parties adjacentes.

Autant les altérations de cette région, ou de l'intérieur du nez, sont communes, autant au contraire sont rares les manifestations occupant la paroi externe et surtout la face interne des ailes du nez. C'est pour ces différents motifs que j'ai cru intéressant de vous communiquer l'observation suivante :

Observation. — Mme G. S., âgée de vingt-huit ans, marchande, vint me consulter à la clinique au mois de septembre de cette année pour un enchifrènement qu'elle éprouve depuis quelque temps du côté gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort de tuberculose; sa mère et ses frères sont bien portants.

Antécédents morbides. — Pneumonies à douze et à quinze ans. A vingt-quatre ans elle aurait eu ce qu'elle appelle un

(1) Traité pratique des maladies syph. (Trad. française, p. 231.)
(2) Manuel des maladies des fosses nasales, p. 127, Paris, 1886.
(3) Traité pratique des mal. vénériennes. Paris 1886, p. 850.
(4) Clin. méd. Paris 1868. T. I.
(5) Revue mens. de laryng. 1883, p. 225.

« dépôt de lait », caractérisé par une éruption sur la face et sur le corps. Sa jambe droite aurait été particulièrement malade. Elle fut soignée à cette époque par M. le professeur Verneuil, et renvoyée guérie.

Il nous a été impossible d'avoir des renseignements plus exacts, d'autant plus que nous craignions par notre insistance d'exciter les soupçons de la malade, mariée et mère de famille.

La maladie actuelle aurait débuté deux mois avant de venir nous voir, par des élancements dans le côté gauche de la tête et un peu de gonflement de l'aile du nez du côté gauche, qui ne gênait pourtant pas encore la respiration. Soignée alors par son médecin habituel, *elle fut soumise à un traitement ioduré* et localement fit usage de pommade iodée.

Les symptômes ne diminuèrent pas et la malade fatiguée cessa bientôt son traitement ; le gonflement augmenta et bientôt apparut sur la face interne de l'aile du nez une tumeur qui obstruait à peu près complètement la narine et dont la malade ne peut nous donner la description exacte.

Mais à ce moment apparut aussi un écoulement séro-purulent, sanieux même quand la malade essayait de se moucher. Les douleurs de tête redoublèrent ; l'œil gauche larmoyait de temps à autre.

Le médecin traitant, consulté de nouveau, parla de polype et proposa l'extirpation du néoplasme.

C'est alors que Madame G..., essentiellement peureuse, affolée à l'idée d'une opération, vint me trouver à la clinique le 1er septembre.

A ce moment je constate d'abord que la respiration est impossible par la narine gauche. Le nez est légèrement tuméfié à l'extérieur et un peu rouge ; en écartant légèrement l'aile du nez on aperçoit, à l'entrée, une saillie rougeâtre fongueuse à sa surface ; sur la face supéro-interne, existe une ulcération grisâtre, à bords anfractueux, légèrement taillés à pic. Cette tumeur, qui part du bord interne de l'aile du nez, s'étend en arrière à environ deux centimètres. Elle est implantée sur une large surface, ayant une forme demi-

le rapprocher du cas précédent avec lequel il offrait bien des points de ressemblance, et aussi pour montrer combien le diagnostic peut être difficile dans les cas de ce genre.

Toutefois il est bon d'observer que chez ma première malade la lésion de l'aile du nez était accompagnée d'une altération plus profonde du squelette, dont le stylet aurait peut-être pu me révéler l'existence, mais dont la vue était impossible à cause de l'obstruction de la narine envahie. Dans les deux cas il existait des symptômes d'obstruction nasale et des douleurs spontanées dans la face. Ce dernier symptôme s'observe du reste dans certaines formes de coryza chronique non diathésique et en dehors de tout néoplasme ; aussi est-il loin de constituer un signe pathognomonique de tumeurs malignes de cette région.

Ce sont là des faits sur lesquels il est, je crois, utile d'appeler l'attention des praticiens pour éviter une intervention chirurgicale inutile et souvent un délabrement considérable de la face dans le but d'enlever des néoplasmes soi-disant malins des cavités nasales.

DES TUMEURS OSSEUSES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DE LEUR ABLATION. OBSERVATIONS (1),

par le Dr GARRIGOU-DÉSARÈNES.

Les productions osseuses du conduit auditif externe, désignées par certains auteurs sous le nom d'exostoses, par d'autres tels que Toynbee sous celui d'ostéomes; d'enostoses par Rokitansky, occupent le plus souvent la partie interne du C. A. (2) et dans des cas beaucoup plus rares s'étendent jusqu'à la portion cartilagineuse (Toynbee).

Composées de tissu osseux compacte ou de tissu spon-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

(2) Abrév. C. A., conduit auditif externe.

gieux (Nélaton, Schwartz, Virchow), elles ont la forme de tumeurs arrondies; parfois une portion assez étendue du conduit auditif osseux est tuméfiée et sur cette partie apparaissent une ou plusieurs saillies osseuses.

Bien qu'assez communes, suivant Urbantschitsch, plusieurs autres auteurs et nous-même, Tillaux ne fait que les signaler : nous voyons page 96 de son traité de chirurgie clinique : « On trouve aussi dans le C. A. des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants. » Delstanche fils en a recueilli un assez grand nombre d'observations.

Si les petites exostoses donnent lieu à peu de symptômes subjectifs, Toynbee cite des cas où des ostéomes volumineux, ou la réunion dans la même oreille de deux ou trois de ces tumeurs, ne laissaient plus qu'une ouverture des plus rétrécies du C. A. (Il cite 8 belles observations.) Enfin elles peuvent s'accroître et boucher complètement l'oreille.

Dans certains cas on les trouve pédiculées et formant comme des polypes osseux (Bonenfant, Kramer, Welker). Elles peuvent aussi arriver jusqu'à l'orifice du C. A. (Toynbee). D'autres auteurs ont observé des symétries des deux côtés, comme localisation et développement (Moos). Leurs causes sont encore très obscures. La syphilis en est la principale suivant Rosa, Triquet. On les a attribuées à l'arthritisme, à la goutte (Toynbee). Elles proviendraient d'une inflammation hypertrophique du revêtement du C. A. avec ossification du tissu conjonctif de formation nouvelle, suivant Hedinger.

J'ai trouvé quelques cas où la syphilis héréditaire pouvait être invoquée; j'ai observé deux cas où des exostoses siégeaient en même temps sur d'autres parties du corps.

Moos attribue à une sorte d'inflammation subaiguë les saillies osseuses symétriques observées l'une en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière dans les deux oreilles, au niveau des points de suture primitifs de l'anneau tympanique avec l'os temporal.

le rapprocher du cas précédent avec lequel il offrait bien des points de ressemblance, et aussi pour montrer combien le diagnostic peut être difficile dans les cas de ce genre.

Toutefois il est bon d'observer que chez ma première malade la lésion de l'aile du nez était accompagnée d'une altération plus profonde du squelette, dont le stylet aurait peut-être pu me révéler l'existence, mais dont la vue était impossible à cause de l'obstruction de la narine envahie. Dans les deux cas il existait des symptômes d'obstruction nasale et des douleurs spontanées dans la face. Ce dernier symptôme s'observe du reste dans certaines formes de coryza chronique non diathésique et en dehors de tout néoplasme ; aussi est-il loin de constituer un signe pathognomonique de tumeurs malignes de cette région.

Ce sont là des faits sur lesquels il est, je crois, utile d'appeler l'attention des praticiens pour éviter une intervention chirurgicale inutile et souvent un délabrement considérable de la face dans le but d'enlever des néoplasmes soi-disant malins des cavités nasales.

DES TUMEURS OSSEUSES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE ET DE LEUR ABLATION. OBSERVATIONS (1),

par le Dr GARRIGOU-DÉSARÈNES.

Les productions osseuses du conduit auditif externe, désignées par certains auteurs sous le nom d'exostoses, par d'autres tels que Toynbee sous celui d'ostéomes; d'enostoses par Rokitansky, occupent le plus souvent la partie interne du C. A. (2) et dans des cas beaucoup plus rares s'étendent jusqu'à la portion cartilagineuse (Toynbee).

Composées de tissu osseux compacte ou de tissu spon-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

(2) Abrév. C. A., conduit auditif externe.

gieux (Nélaton, Schwartz, Virchow), elles ont la forme de tumeurs arrondies; parfois une portion assez étendue du conduit auditif osseux est tuméfiée et sur cette partie apparaissent une ou plusieurs saillies osseuses.

Bien qu'assez communes, suivant Urbantschitsch, plusieurs autres auteurs et nous-même, Tillaux ne fait que les signaler : nous voyons page 96 de son traité de chirurgie clinique : « On trouve aussi dans le C. A. des exostoses contre lesquelles nous sommes impuissants. » Delstanche fils en a recueilli un assez grand nombre d'observations.

Si les petites exostoses donnent lieu à peu de symptômes subjectifs, Toynbee cite des cas où des ostéomes volumineux, ou la réunion dans la même oreille de deux ou trois de ces tumeurs, ne laissaient plus qu'une ouverture des plus rétrécies du C. A. (Il cite 8 belles observations.) Enfin elles peuvent s'accroître et boucher complètement l'oreille.

Dans certains cas on les trouve pédiculées et formant comme des polypes osseux (Bonenfant, Kramer, Welker). Elles peuvent aussi arriver jusqu'à l'orifice du C. A. (Toynbee). D'autres auteurs ont observé des symétries des deux côtés, comme localisation et développement (Moos). Leurs causes sont encore très obscures. La syphilis en est la principale suivant Rosa, Triquet. On les a attribuées à l'arthritisme, à la goutte (Toynbee). Elles proviendraient d'une inflammation hypertrophique du revêtement du C. A. avec ossification du tissu conjonctif de formation nouvelle, suivant Hedinger.

J'ai trouvé quelques cas où la syphilis héréditaire pouvait être invoquée; j'ai observé deux cas où des exostoses siégeaient en même temps sur d'autres parties du corps.

Moos attribue à une sorte d'inflammation subaiguë les saillies osseuses symétriques observées l'une en haut et en avant, l'autre en haut et en arrière dans les deux oreilles, au niveau des points de suture primitifs de l'anneau tympanique avec l'os temporal.

Le diagnostic en est généralement facile, à moins d'une inflammation intense du C. A. avec suppuration. Le stylet achèvera de donner la certitude après l'examen attentif à l'aide de l'otoscope ou du miroir de Trœlstch.

Si parfois ces tumeurs restent stationnaires, elles ont souvent une tendance à grossir et peuvent alors causer des accidents sérieux, comme je vais en présenter trois exemples, dans lesquels l'ablation à l'aide de la gouge et du maillet de plomb a été indispensable.

Obs. I. — D..., jeune garçon âgé de 12 ans, est amené par sa mère, au mois de juin 1874, à ma clinique.

Cet enfant, d'un tempérament un peu lymphatique, n'est pas très grand pour son âge, il n'a pas souffert dans ses premières années, mais il a eu la rougeole et la scarlatine. Après ces deux maladies aucun trouble ne s'était manifesté du côté des oreilles. Le père et la mère se portent bien, je les ai vus et examinés l'un après l'autre, et ils n'ont jamais eu la syphilis. Leur famille comprend encore deux autres garçons bien robustes.

« Il y a deux ans, me dit la mère, nous avons remarqué qu'il n'entendait pas bien quand on lui parlait du côté gauche. Je lui fis laver son oreille avec de l'eau tiède, car parfois il se plaignait de sentir de ce côté comme une grande chaleur et il entendait un bruit semblable à de l'eau en train de bouillir.

» Enfin, depuis six mois, son oreille s'est mise à suppurer et à lui faire très mal. Le pus s'écoule difficilement et l'enfant se plaint de douleurs très vives dans tout le côté gauche de la tête. »

J'examinai l'enfant et après avoir enlevé le pus qui baignait l'orifice externe du C. A., je découvris une masse très dure, recouverte par la peau d'un rouge terne et amincie. Cette tumeur s'étendait en haut, de dehors en dedans, depuis le bord du cartilage au niveau de sa réunion avec le conduit osseux, à un centimètre de profondeur. Quand je voulus introduire mon petit spéculum bivalve, très utile lorsque le C. A. est

obstrué, soit par un gonflement inflammatoire, soit par des polypes ou par des abcès folliculaires, j'eus la plus grande peine à le faire pénétrer. J'aperçus alors plus profondément, en bas et en avant, deux autres petites tumeurs rondes, sessiles, grosses comme une demi-lentille, masquant en grande partie la vue du tympan.

Le stylet me permit de reconnaître la nature osseuse de ces productions morbides. Ayant poussé de l'air avec la sonde, par la trompe d'Eustache, je pus m'assurer qu'il existait une perforation du tympan. L'examen avait été douloureux.

Je prescrivis des lavages avec une solution légère de sulfate pur d'alumine et je conseillai de toucher les tumeurs avec un peu de teinture d'iode (méthode de Toynbee). Loin de mieux aller, l'enfant souffrait de plus en plus ; le pus ne pouvait presque plus sortir au dehors et l'apophyse mastoïde devenait douloureuse. Un mois s'était écoulé ; j'ordonnai un vésicatoire sur l'apophyse mastoïde, du sirop de feuilles de noyer avec 0.30 centig. par jour d'iodure de potassium. Huit jours après on me ramenait le petit malade, me disant qu'on ne pouvait plus faire entrer les injections avec la seringue.

A un nouvel examen je vis que l'espace compris entre les exostoses, qui la première fois était déjà très étroit, avait encore diminué. L'enfant était très abattu, il était dans un état de surexcitation qui ensuite faisait place à de la somno lence.

L'apophyse mastoïde et toute la partie supérieure du cou du côté gauche étaient douloureuses.

Je jugeai qu'il était indispensable d'intervenir chirurca-lement.

La trépanation de l'apophyse, si l'on ne pouvait bien laver l'intérieur de l'oreille moyenne, devait être rejetée ; l'ablation des tumeurs osseuses était seule indiquée.

Je fis endormir l'enfant par mon chef de clinique, M. Dubois, ancien médecin adjoint au Val-de-Grâce, et je fis l'opération à ma clinique même.

Ayant bien lavé avec de l'eau phéniquée; un miroir de

Troelstch fixé sur des lunettes à l'aide de mon petit porte-miroir et la lumière projetée avec une lampe sur laquelle j'avais monté comme reflecteur mon otoscope parabolique; j'enlevai alors les trois exostoses à l'aide d'une petite gouge de chez Mathieu. Avec la gouge j'avais de suite commencé à sectionner la peau à la base de l'exostose et j'avais repoussé cette peau le plus possible. La pointe d'un bistouri me fut nécessaire pour bien achever cette sorte d'énucléation.

La plus grosse tumeur offrant une éburnation plus prononcée, je dus employer le petit maillet de plomb avec la gouge. Après avoir ainsi, dans une opération qui dura 15 minutes, enlevé par couches minces les tumeurs et rendu au C. A. son calibre normal, j'examinai librement la M. tympanique. Celle-ci offrait une large perforation en bas et en arrière du manche du marteau. Je donnai 0,15 centigrammes de sulfate de quinine et 10 gouttes de teinture d'aconit, par jour, pendant 8 jours. Je fis faire les pansements des plaies osseuses avec de l'alcool de vin et un peu d'eau au moyen de boulettes de charpie. Je couvris l'oreille d'une couche épaisse d'ouate. L'on pratiqua en même temps des instillations, 4 fois le jour et 2 fois la nuit, avec une solution à 5 0/0 de sulfate pur d'alumine. Enfin dans l'espace de deux mois, ayant touché 2 fois les plaies avec une goutte de nitrate d'argent fondu sur un stylet (méthode que j'emploie depuis plus de vingt ans), j'obtins la cicatrisation complète. L'écoulement de l'oreille guérit également, en laissant des adhérences du tympan avec la partie interne de la caisse et un peu de cophose du côté gauche.

Ce jeune homme, que je vois encore ainsi que ses parents, s'est engagé il y a deux ans et il a été jugé bon pour le service militaire.

Obs. II. — Au mois de mai 1884, je fus consulté par Madame T..., de Saint-Quentin, qui m'était adressée par notre savant et sympathique confrère le D[r] Albert Brochin, rédacteur de la *Gazette des Hôpitaux*.

Cette dame souffrait depuis 8 mois de l'oreille gauche; les souffrances étaient devenues insupportables. A l'examen de l'oreille malade je constatai qu'il existait jusque vers le meat, un semis de végétations saignant au moindre contact du stylet.

L'oreille suppurait depuis plusieurs années. Cette malade avait été traitée par un médecin auriste très distingué qui avait cherché à détruire ces végétations par des cautérisations avec le nitrate d'argent.

Mais les cautérisations provoquaient des douleurs horribles qui duraient encore 10 à 12 heures après la petite opération. Je voulus placer mon spéculum bivalve, mais aussitôt la douleur se déclara et je ne pus voir que le tiers du conduit auditif.

Je proposai l'emploi du chloroforme, qui fut accepté.

Quatre jours après je me rendis avec mon chef de clinique M. Mercié.

Le chloroforme donné par M. Mercié fut très bien supporté.

Je voulus examiner le C. A. mais je ne pus faire pénétrer le spéculum à plus de 1 centimètre 1/2. Là j'étais arrêté par une tumeur dure occupant la paroi postérieure du canal osseux; cette tumeur était couverte de végétations très petites et saignantes. Elle fermait dans ses 2/3 antéro-postérieurs le conduit auditif.

Après un lavage avec une solution de bichlorure d'hydrargyre, je détachai les petites végétations; mais l'orifice auriculaire restait très oblitéré.

Je m'étais muni de mes instruments et je vis qu'il serait absolument indispensable d'enlever la tumeur.

Je détruisis toutes les autres végétations implantées sur les parois du conduit cartilagineux et j'attaquai la tumeur osseuse avec la gouge; je vis qu'elle était formée de tissu spongieux.

Un bistouri très fort et arrondi à son extrémité me servit aussi et me permit de détruire toute l'exostose en ménageant les parties voisines dont vous connaissez toute l'importance. Après le nettoyage de la plaie, je touchai toutes les dénudations osseuses avec la petite boule d'un thermo-cautère électrique.

Je fis faire le pansement de Lister, je plaçai de petites boulettes de charpie, saupoudrées d'iodoforme, au fond de l'oreille. Des lavages furent pratiqués avec :

Acide borique..........	20 grammes.
Eau distillée...........	1.000 —
Sulfate d'atropine......	0,15 centig.

Je donnai pendant 4 jours, 0,30 centigr. de sulfate de quinine et une potion avec 20 gouttes de teinture d'aconit.

La malade s'était éveillée au bout de 25 minutes. Les douleurs vives avaient disparu et les pansements furent continués pendant un mois. Le tympan était largement détruit dans son tiers inférieur; les osselets existaient à leur place.

Le fond de la caisse que je pus voir aussitôt l'opération terminée ne présentait pas de trace de carie.

La muqueuse était légèrement tuméfiée. Il n'y avait aucun symptôme inquiétant du côté des cellules mastoïdiennes et de l'apophyse.

Cette malade quitta Paris au bout d'un mois : les plaies osseuses étaient en partie recouvertes d'une peau mince; il existait encore une légère otorrhée.

Au bout de six mois la malade, qui revenait me voir de temps en temps, était complètement guérie et toute otorrhée avait cessé.

Je revis plusieurs fois Madame T... l'année suivante. Elle continuait à aller très bien.

Au mois de mars 1887, Madame T..., enceinte de 3 mois, vint de nouveau me consulter, sur le conseil de M. le Dr Delaissement, son médecin, à Saint-Quentin, pour me montrer son oreille gauche, où une nouvelle tumeur située en arrière et en bas, à un centimètre en avant du tympan, s'était développée sans amener de suppuration, mais commencait, comme on pouvait le voir, à obturer complètement le conduit auditif.

Il y avait une sensibilité extrême au toucher avec le stylet.

Cette nouvelle exostose, qui était très dure et recouverte d'une peau extrêmement mince, inquiétait vivement la malade.

J'étais arrêté par la grossesse pour donner l'iodure de potassium à l'intérieur; je crois peu à la possibilité de guérir ces tumeurs par la compression avec la laminaire (Toynbee) ou la tige d'ivoire (Hinton), compression qui devient vite très douloureuse et insupportable, comme je m'en suis assuré plusieurs fois. Je conseillai cependant d'attendre un peu pour voir si l'exostose s'arrêterait dans son développement, comme cela arrive parfois.

Il n'en fut rien et la malade revint quelque temps après avec un commencement de retour de l'otorrhée; l'obstruction du C. A. menaçait de devenir complète; une partie même de la tumeur touchait la paroi opposée. Les douleurs vives apparaissaient. Je proposai, malgré la grossesse déjà avancée l'ablation de l'exostose.

Je fis l'opération dans le mois de mai, à la maison de santé des sœurs Augustines.

Mon chef de clinique, M. Barbier, qui a succédé à M. Mercié, mort d'une façon si triste dans l'abordage des vaisseaux la *Victoria* et le *Sultan* en rade du Tage, pendant un voyage qu'il faisait au Brésil, donna le chloroforme, en présence de M. le Dr Delaissement.

L'exostose était très dure; il y avait deux petites tubérosités élevées sur une seule grosseur osseuse. Je voulus me servir de la gouge seule, mais dans l'impossibilité de mordre dans l'os éburné, formant la base de la tumeur, je dus employer le petit maillet de plomb avec la gouge.

L'opération marcha régulièrement. Après toutes les précautions contre la septicémie, bien prises, je détruisis complètement la tumeur et la malade ne resta endormie que 18 minutes. J'enlevai l'os par petites couches très minces en maintenant d'une main très ferme la gouge à chaque coup de marteau. Je fis les pansements comme la première fois avec la gaze phéniquée et l'iodoforme, sulfate de quinine et aconit pendant cinq jours. Je fis insuffler quelque temps après dans l'oreille de l'iodol mélangé à de l'acide borique finement pulvérisé. Lavages avec eau et borate de soude, puis avec la solution de sulfate d'alumine et l'eau alcoolisée; il n'y eut

aucune tendance à l'érysipèle. Cette dame resta six semaines chez les sœurs et retourna à peu près guérie à Saint-Quentin. L'oreille continua à aller de mieux en mieux.

Elle accoucha sans accidents, d'un enfant très bien portant (c'est son cinquième). J'ai reçu deux fois Madame T... depuis et la guérison s'est parfaitement maintenue.

Conclusions

Nous trouvons ici deux fois des tumeurs osseuses avec complication d'otite externe et moyenne.

La troisième tumeur précède l'inflammation et l'otorrhée.

N'ayant pas vu le début des premières excroissances osseuses, je ne puis dire si dans les deux premiers cas l'inflammation de la peau s'étendant à l'os sous-jacent n'a pas été la cause des accidents. Je pense pour mon compte que les choses doivent souvent se passer ainsi. Ou bien si cette cause n'est pas due au développement de l'exostose, comme dans le 3e cas où la tumeur a débuté avant l'otorrhée.

La syphilis dans les cas que je viens de citer ne peut être invoquée.

Je connais les parents du premier malade; ils se portent à merveille ainsi que leurs autres enfants.

La mère a eu dans son enfance, me dit-elle, un peu de scoliose; mais elle n'est jamais souffrante.

La seconde malade a 34 ans; elle jouit d'un bon tempérament, son système nerveux seul est impressionnable. Elle n'a jamais fait de maladie grave. Sa sœur est forte et bien portante. Elle n'a jamais eu aucune tumeur osseuse sur d'autres parties du corps.

Les traitements indiqués, la teinture d'iode sur les tumeurs (Toynbee), les cautérisations — l'iodure de potassium — la compression (Toynbee, Bonnafant, Hinton), ne m'ont pas donné pour les cas où je les ai employés les résultats espérés, et dans d'autres, ils ne pouvaient être appliqués.

Je pense donc que l'ablation avec la gouge et le marteau, comme je l'emploie, est préférable à la lime, aux perforations, etc.; qu'en agissant avec prudence, en ayant bien présents à l'esprit les rapports ; en faisant tenir la tête des malades solidement, bien immobile, on s'exposera moins ainsi à blesser les parties voisines et à causer des lésions qui pourraient être graves.

Dans les circonstances présentes, nous avons retiré de ce moyen tous les avantages possibles, car nos malades ont parfaitement guéri sans accident aucun et ont obtenu des guérisons durables.

SURDITÉS BILATÉRALES ET UNILATÉRALES COMPLÈTES A LA SUITE DES OREILLONS. — 4 OBSERVATIONS (1),

Par le D[r] **E. MÉNIÈRE**

A la session d'avril 1885 j'ai lu deux observations de surdité unilatérale complète survenue dans le cours des oreillons. A cette époque j'avais eu l'occasion d'en voir cinq cas. Depuis j'en ai observé quatre autres, dont deux de surdité unilatérale et deux de surdité bilatérale:

Obs. I. — M. R..., jeune garçon de douze ans, de bonne santé apparente; aucune diathèse dans la famille. A l'âge de sept ans il a contracté les oreillons pendant une légère épidémie qui régnait dans son pays. La maladie a été d'emblée assez forte. Le double gonflement des régions parotidiennes a été très marqué, avec une forte fièvre pendant les deux premiers jours. On s'est aperçu le septième jour que l'oreille gauche n'entendait pas. Aucune complication n'a été remarquée par le médecin. On ne voit pas de lésions apparentes de l'organe. La surdité est absolue et n'a jamais varié.

Obs. II. — Mlle A. S..., fillette de huit ans, de santé délicate, lymphatique, sans autres antécédents diathétiques. Les parents sont fort bien portants et ont deux autres filles.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 27 octobre 1887.

Cette malade a eu les oreillons après ses deux sœurs. Chez celles-ci la maladie a suivi un cours normal, tandis que A. S... a été fort souffrante ; la fièvre a duré plus de trois jours, et l'enfant a accusé quelques bruits dans les oreilles.

On ne s'est aperçu de la surdité de l'oreille droite que le neuvième jour. Depuis cette époque rien ne s'est modifié.

J'arrive maintenant aux deux derniers faits qui présentent un certain intérêt :

Obs. III. — M. H. K..., d'origine suisse, quatorze ans, de très bonne santé habituelle. Les parents sont solides et vigoureux. Ce jeune homme a eu dans sa première enfance quelques légères convulsions nettement vues par la mère, dans une même semaine, à trois reprises différentes. La famille affirme, de la manière la plus formelle, que l'enfant a toujours admirablement entendu jusqu'à l'âge de huit ans.

En avril 1880, après un jour de malaise seulement, l s oreillons se montrent accompagnés d'une fièvre intense, qui dura près de trois jours. Le troisième jour le malade eut un violent mal de tête, qui ne prit fin que le lendemain. Le quatrième jour, au réveil, on constata une surdité absolue, qui ne s'est jamais modifiée depuis cette époque.

L'examen des oreilles est négatif.

Obs. IV. — M. M. C..., grand garçon de vingt-deux ans, assez vigoureux, m'est adressé en septembre 1887, par mon honorable confrère le Dr Ficatier, de Bar-le-Duc. La famille de ce jeune homme se décide à demander si on peut guérir cette surdité, qui remonte à l'âge de cinq ans.

A cette époque (1870), après soixante-dix-sept jours de maladie, il a eu les oreillons, qui se sont nettement déclarés le dimanche. La maladie a été de moyenne intensité. Le vendredi suivant, le matin, les parents se sont aperçus que l'enfant n'entendait plus rien. Impossibilité de se faire entendre, même en criant aux oreilles. A l'âge de sept ans, il a eu ensuite une scarlatine assez forte, sans complications auriculaires, et enfin, à quinze ans, une fièvre cérébrale très grave, qui a fait craindre pour sa vie.

Examiné avec soin, je n'ai pu découvrir la moindre lésion dans l'appareil auditif.

— Je viens de vous soumettre, aussi succinctement mais aussi exactement que possible, la relation de quatre nouveaux faits.

D'après les auteurs, le nombre des observations est peu considérable, mais j'estime que beaucoup de ces cas passent inaperçus pour les médecins peu au courant de l'otologie.

Les cas de surdité ne sont pas considérables proportionnellement au nombre des personnes atteintes par les oreillons; mais cette proportion, quelque faible qu'elle soit, serait assez utile à connaître.

Après maintes recherches faites dans divers ouvrages, je n'ai pu trouver la relation de l'autopsie d'un malade dont la surdité complète était due aux oreillons.

L'anatomie pathologique, seule, pourrait nous donner la clef de ces lésions actuellement incurables.

Nous ne pouvons discuter ici que des hypothèses, et toutes ont été faites; ils est donc inutile d'en retracer le tableau.

Pour ma part, tout en admettant la possibilité d'une affection labyrinthique, je crois que le plus souvent il existe une hyperhémie méningée entraînant à sa suite des lésions graves du nerf auditif à ses origines ou dans son trajet.

Je tiens à faire remarquer que le jeune enfant de l'Obs. III a eu une fièvre intense pendant trois jours, et au troisième jour des douleurs de tête si violentes, que le médecin a cru un instant à des accidents méningitiques.

Le lendemain les symptômes graves avaient disparu, et la surdité était absolue des deux côtés.

Quant à la prédisposition individuelle admise par certains auteurs, je ne puis ni ne veux la nier; mais ce que j'affirme, c'est que dans les neuf cas qu'il m'a été donné d'observer, les parents ont été aussi explicites que possible sur le bon état de l'audition avant les oreillons.

Les otologistes, malheureusement, sont rarement consultés par les familles au début de la surdité. Ils ne peuvent donc mettre en œuvre des indications variées, probablement inefficaces, mais donc le résultat reste ainsi dans le domaine des hypothèse.

DE L'ACIDE LACTIQUE DANS LES SUPPURATIONS DE L'OREILLE (1),

Par le Dr **P. AYSAGUER**, de Paris.

Permettez-moi de vous parler d'une façon sommaire d'un nouveau mode de traitement de certaines suppurations de l'oreille.

Bien que la thérapeutique des affections de l'oreille ait fait de grands progrès dans ces dernières années, il est incontestable qu'il existe encore un certain nombre de suppurations réfractaires aux moyens que nous possédons actuellement. Il me semble que ce nombre sera aujourd'hui diminué grâce à l'emploi de l'acide lactique. C'est en me basant d'abord sur les expériences de Moretig-Moorhof démontrant l'efficacité de l'acide lactique dans les caries fongueuses, et faisant en même temps ressortir un fait d'une grande importance, à savoir que l'acide lactique s'attaque uniquement aux tissus altérés et n'agit que faiblement ou pas du tout sur les tissus à l'état normal; en tenant compte ensuite des résultats obtenus par Krause sur les ulcérations du larynx, que je commençai il y a bientôt deux ans à appliquer l'acide lactique dans certains cas de suppuration de l'oreille. Depuis lors j'ai eu l'occasion de l'employer pour ainsi dire tous les jours et voici en quelques mots quelle est son action : L'acide lactique agit surtout sur un groupe d'affection à processus hyperplasiques : C'est sur les fongosités de la caisse, sur les formes granuleuses d'otite ou de myringite, sur les végétations polypeuses, sur les caries et nécroses accom-

(1) Communication faite à la Société française de Laryngologie et d'Otologie, séance du 27 octobre 1887.

pagnées de fongosités et de bourgeons charnus, sur les portions de polypes restant après l'ablation de ces petites tumeurs, que l'acide lactique a une action remarquable.

Dans les inflammations suppuratives aiguës ou chroniques simples de la caisse, son action est complètement nulle. On voit déjà par cette courte énumération que le champ sur lequel l'acide lactique peut être employé est encore assez vaste, attendu qu'une grande partie des suppurations chroniques de l'oreille est entretenue par ces inflammations, hyperplasiques, végétantes ou carieuses.

Bien que je n'aie pas l'intention de vous fatiguer par une énumération détaillée de toutes les observations que je possède depuis que j'emploie l'acide lactique, permettez-moi néanmoins de vous dire quelques mots au sujet d'un malade qui non seulement doit sa guérison mais même sa vie à l'acide lactique et qui montrent jusqu'où peut aller l'action de ce medicament.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans qui vint à ma clinique en juin 1886. Cet homme avait la tête enveloppée et paraissait beaucoup souffrir. En l'examinant je constatai d'abord une suppuration abondante de l'oreille gauche, datant déjà de trois ans. Il y avait en même temps une hémiplégie faciale du même côté et une tuméfaction fluctuante au niveau et un peu au-dessus de la région mastoïdienne. Après un lavage de l'oreille malade, je pus voir un amas de fongosités obstruant complètement le conduit et empêchant d'apercevoir l'état de la caisse. Avec le stylet on pouvait sentir au fond de ces fongosités, à l'union de la paroi postérieure de la caisse et du conduit, l'os complètement à nu. Il s'agissait donc d'une carie ou d'une nécrose de la caisse ou du conduit, donnant lieu à tous les accidents que présentait le malade à ce moment.

Je commençai d'abord par obvier à des dangers sérieux possibles en donnant une issue au pus amassé dans la région

mastoïdienne par une large ouverture allant jusque sous le périoste. L'apophyse mastoïde paraissait intacte.

Je plaçai un drain dans la plaie et des injections poussées à travers le drain ressortaient en partie par l'oreille externe. La communication était donc assez nette. Passant ensuite au traitement direct de l'oreille, tous les deux jours j'extirpais avec le polypotome et au moyen de la petite curette de Politzer autant de fongosités que je pouvais, j'instillais ensuite de l'acide lactique en assez grande quantité dans le conduit que je laissais deux minutes environ ; après avoir suivi patiemment ce traitement pendant six mois, les fongosités ne se reproduisirent plus, le conduit devint assez libre, ce qui me permit de constater dans la partie profonde de l'oreille externe la présence d'un séquestre mobile que je pus extraire assez facilement avec la pince. J'en retirai ainsi trois séquestres. Je continuai toujours les instillations d'acide lactique pur et quelques jours après l'extraction du troisième séquestre la suppuration cessa. La fistule rétro-auriculaire se ferma complètement et depuis bientôt un an le malade est tout à fait guéri. Le conduit externe est presque bouché. L'hémiplégie faciale existe toujours, le malade naturellement n'entend pas de son oreille gauche, mais il peut travailler et s'occuper de ses affaires.

Ce malade chez lequel on aurait pu employer des moyens chirurgicaux plus énergiques et dont j'ai tenu à vous parler, montre jusqu'à quel point l'action de l'acide lactique peut se faire sentir. L'intervention chirurgicale peut évidemment être utile dans des cas semblables, mais il est toujours préférable de ne pas y avoir recours lorsqu'on peut faire autrement.

Le mode d'emploi de l'acide lactique est très simple. Au début je commençai par des solutions à 2 pour 10 et j'arrivai graduellement à l'acide lactique pur. Aujourd'hui l'expérience m'a montré que l'on peut commencer déjà par une solution par moitié, c'est-à-dire 10 pour 10, et passer assez rapidement à l'acide pur. Souvent je com-

mence, même chez les enfants, par ce dernier. La douleur dans la plupart des cas est presque nulle, le plus souvent elle n'existe pas. Jusqu'à présent, je n'ai jamais constaté qu'elle fût assez forte pour être obligé de cesser l'emploi du médicament.

Les tissus touchés par l'acide lactique et en particulier les granulations, deviennent grisâtres, comme mortifiés. Il n'est pas nécessaire après l'instillation de faire une injection dans la caisse, comme cela se fait pour le nitrate d'argent ou pour l'acide chromique par exemple. A la suite d'un certains nombres d'instillations, on voit les parties fongueuses, granuleuses, s'affaisser et se recouvrir peu à peu d'une membrane blanchâtre qui n'est, en somme, que du tissu cicatriciel.

Telles sont les quelques remarques que j'ai voulu faire au sujet de l'acide lactique. A côté de l'acide borique, de l'iodoforme, du nitrate d'argent et des autres médications que nous possédons et qu'il nous faut toujours conserver, nous sommes persuadé aujourd'hui que l'acide lactique est appelé à occuper une place très importante dans la thérapeutique des affections suppuratives de l'oreille.

COMPTE RENDU DE LA 60e RÉUNION

DES

NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

(Tenue à Wiesbaden du 18 au 24 septembre 1887.)

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

Traduit de l'allemand par le Dr Wagnier, de Lille (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. Heinrich.

M. Héring, de Varsovie. — **Du curage des ulcères tuberculeux du larynx et de ses résultats.**

M. Héring reproduit la communication qu'il a déjà faite

(1) D'après le *Tageblatt der 60. Versammlung deutscher Naturforscher und aerzte in Wiesbaden.* 18-24 septembre 1887.

dernièrement à l'Académie de médecine de Paris, et en avril, à la Société française de laryngologie.

L'acide lactique, dit-il, lui a donné les meilleurs résultats. Chez quinze malades qui ont été soumis, pendant un temps suffisant, à l'acide lactique, il a obtenu onze fois une cicatrisation qui s'est maintenue et qui remonte à des époques variant de huit mois à deux ans et demi. Il reconnaît cependant qu'il existe des cas où il est contre-indiqué et d'autres où il n'est pas supporté; dans la majorité des cas, il exerce sur les ulcérations une action favorable qui ne peut cependant être durable que si toutes les parties infiltrées ont pu être enlevées.

Quant à la curette tranchante, son emploi est indiqué pour les excroissances de la région inter-aryténoïdienne qui contiennent des dépôts tuberculeux et pour cette forme d'ulcères qui renferment des tubercules aussi bien dans leur fond sclérosé que dans leurs bords hypertrophiés. Après le curage, les plaies sont maintenues aseptiques par des applications au pinceau d'émulsions d'iodoforme, il n'a pas observé jusqu'à présent d'hémorragie importante.

L'auteur publiera prochainement le compte rendu complet des cas qu'il a traités par cette méthode; il a obtenu dans vingt-sept cas sur trente-cinq qu'il a traités, une cicatrisation durable.

Tous ces malades avaient des bacilles dans leurs crachats, quelques-uns des fibres élastiques.

Il ne nie pas les guérisons obtenues par l'iodoforme, l'iodol ou le menthol, mais il désire que l'on apporte des observations détaillées qui permettent de comparer le résultat de ces traitements avec ceux qu'il a obtenus par sa méthode.

En terminant, le Dr Héring donne lecture d'une lettre du professeur Krause qui se déclare partisan du traitement chirurgical de la phtisie laryngée ; la discussion sur cette communication est reportée après celle du professeur Schnitzler.

M. Schnitzler, de Vienne. — **Sur les nouveaux médi-**

caments et les nouvelles méthodes de traitement appliqués à la tuberculose du larynx.

L'orateur traite des nouveaux médicaments préconisés depuis la réunion de l'année dernière et en particulier du menthol, de l'iodol, du salol et enfin du phosphate de chaux que Kolischer et Freund ont récemment recommandé dans les affections tuberculeuses des articulations et qu'il a lui-même employé depuis quelques mois tant à la polyclinique que dans sa pratique particulière.

Ces moyens locaux n'exercent d'action dans les cas d'ulcérations du larynx que lorsque le processus tuberculeux pulmonaire s'est arrêté; l'orateur, en rappelant ce fait, s'élève contre la tendance actuelle à placer au premier rang le traitement local du larynx et à négliger le traitement général et celui des poumons.

Quant au phosphate de chaux, il a d'abord employé la solution de Kolischer et Freund qui a une action très analogue à celle de l'acide lactique, il l'emploie maintenant sous forme pulvérulente; il ne saurait encore émettre un jugement définitif au sujet de ce nouvel agent, mais il est peu porté à lui attribuer une action spécifique.

En terminant, il rapporte des cas de guérison de tuberculose laryngée et pulmonaire s'éttent maintenue pendant des années.

M. Cube, de Menton, dit qu'aussi longtemps que la maladie tuberculeuse reste limitée à certains organes et que l'infection bacillaire ne peut être considérée comme généralisée, on est autorisé à employer tout traitement capable, ou de détruire les bacilles ou, du moins, de s'opposer à leur prolifération.

M. Schmidt, de Francfort, considère le traitement par l'acide lactique comme le plus efficace de ceux qui ont été proposés ; c'est dans le cas d'infiltration qu'il échoue le plus souvent et il est très heureux à ce point de vue des résultats si encourageants de M. Héring.

M. Gottstein, de Breslau, demande comment M. Héring maintient aseptiques les plaies résultant du traitement par la curette.

M Héring répond qu'il touche énergiquement les plaies fraîchement faites, deux fois par jour, avec l'émulsion d'iodoforme et qu'il prescrit des gargarismes fréquents avec l'acide lactique à 2 0/0 par le procédé du *glouglourisme* recommandé par le Dr Moura, de Paris.

L'orateur se défend de vouloir substituer le traitement local de la phtisie laryngée au traitement général dont il reconnaît la haute importance.

M. Schnitzler. — **Sur la transformation des néoplasmes bénins du larynx en tumeurs malignes.**

Après avoir rapporté un cas de cancer épithélial du larynx avec propagation aux ganglions du cou et à la plèvre chez un malade qui avait été opéré quelques mois auparavant d'un papillome laryngien, opération suivie d cautérisations répétées dans le but de prévenir la récidive, l'orateur dit que ces faits sont heureusement rares, que sur les centaines de papillomes qu'il a observés, il n'a pu constater avec certitude cette transformation que dans trois cas. On voit par là dans quelle faible mesure on peut accuser les opérations et les cautérisations qui les suivent de la production de la récidive maligne. Les observations publiées ne doivent détourner, en quoi que ce soit, des opérations endo-laryngées.

M. Morelli rapporte le cas d'un homme de quarante ans, qu'il a traité il y a environ quatre ans. Il dut faire la trachéotomie pour un papillome qui remplissait tout le larynx, opération qui fut suivie de l'ablation complète du papillome par la thyrotomie. Un an après le malade revint avec un énorme carcinome.

M. Seifert, de Wurtzbourg, rapporte un cas analogue. Le malade ne survécut que peu de temps à l'extirpation du larynx.

M. Heymann, de Berlin, expose qu'un malade qui avait été opéré plusieurs fois pour des polypes du nez, se présenta à lui, porteur d'une tumeur intra-nasale, grosse comme une noix, de couleur gris noirâtre. Cette tumeur extirpée fut

reconnue pour être un sarcome mélanique présentant en plusieurs points ces formes de transition au carcinome que Virchow a décrites.

M. Gotsttein dit qu'il ne faut pas se hâter de conclure à ces transformations d'après l'examen laryngoscopique, et, quant au diagnostic histologique, il ne peut guère être porté quand on n'examine que des particules enlevées de la surface de la tumeur, ce qui ne permet pas d'apprécier jusqu'à quel point les proliférations épithéliales pénètrent dans les éléments de la muqueuse.

M. Onodi, de Buda-Pest. — **De l'innervation et des paralysies du larynx.**

Dans ce travail, l'auteur a recherché les anastomoses entre les rameaux du laryngé supérieur et ceux du récurrent, ainsi que l'innervation des muscles du larynx; il pense que l'innervation se fait à la fois par les deux nerfs. Il a pu établir que le muscle crico-aryténoïdien postérieur, le thyro-aryténoïdien et le crico-aryténoïdien latéral reçoivent des filets du laryngé supérieur.

L'auteur croit que les faits nouveaux qu'il apporte sont de nature à rendre compte d'un certain nombre de circonstances pathologiques que la distribution nerveuse indiquée par Luschka n'explique pas.

Séance du 21 septembre.

Présidence de M. Gottstein, de Breslau.

M. Heymann, de Berlin. — **Des changements de forme de la cloison des fosses nasales.**

Ils sont si fréquents qu'ils existent quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent. On a cherché à les expliquer de bien des façons : Béclard et Cloquet, par action mécanique, par l'acte de se moucher avec la main droite, par exemple ; Welkers et d'autres par la pression du nez sur l'oreiller; cependant dans un très grand nombre de faits les déviations de la cloison ne correspondent pas à celles des parties extérieures du

nez. Les suites du rachitisme, qu'on a incriminé, se corrigent souvent avec l'âge ; les déviations de la cloison, au contraire, augmentent. Quant à la voussure du palais, l'auteur a vu des cas où, avec une voûte palatine remarquablement aplatie, il y avait des déviations très prononcées de la cloison. Il admet le plus souvent l'influence traumatique.

Quant au procédé opératoire, M. Heymann enlève simplement avec un instrument tranchant la saillie de la cloison. Il en résulte, en général, une amélioration suffisante de la respiration nasale.

M. Bresgen, de Francfort-sur-le-Mein, dit qu'il a montré dans un ouvrage récent l'inadmissibilité de la classification de Welkers (1). Il a expliqué la fréquence plus grande des déviations à gauche par le développement inégal des deux côtés du corps, le côté gauche plus faible prédisposant aux chutes de ce côté. Si Zuckerkandl n'a pas constaté de déviations chez les enfants au-dessous de sept ans, cela tient sans doute à l'insuffisance des moyens d'exploration qu'il employait. Les faibles déviations peuvent bien s'expliquer autrement que par un traumatisme, mais toutes les fois qu'on trouve des masses calleuses sous la cloison, surtout à sa partie inférieure, il faut admettre cette influence.

M. Bresgen fait remarquer qu'il a déjà observé et décrit cette production traumatique des déviations. Quant à celles de la partie osseuse du septum, il a déjà montré qu'elles sont beaucoup plus fréquentes près de l'ouverture postérieure des fosses nasales qu'on ne l'admet généralement.

Il préconise le traitement galvanocaustique des déviations de la partie cartilagineuse : il emploie le ciseau pour les saillies osseuses.

M. Hopmann, de Cologne, croit que l'étiologie de ces déviations est multiple et que la diversité extrême des formes qu'elles affectent ne peut pas plus relever du même traitement que de la même cause de développement. S'il admet l'influence traumatique ce n'est pas sans restrictions.

(1) Voir page 58.

M. Goldschmidt dit que les instruments employés par M. Heymann sont d'une grande simplicité et permettent d'opérer presque toutes les saillies osseuses de la cloison. Il lui demande comment il pratique le traitement consécutif au point de vue des accidents septiques, rares dans les opérations, mais enfin possibles.

M. Heymann répond qu'il obstrue le nez avec de la gaze antiseptique et qu'il ne s'occupe de l'hémorragie que lorsqu'elle est assez abondante pour nécessiter le tamponnement.

M. Guye, d'Amsterdam, rapporte que dans ces derniers temps il a pratiqué souvent l'ablation des parties de la cloison déviées au moyen de la scie par le procédé de Bosworth, de New-York. Il cocaïnise avec un tampon d'ouate qui sert également à protéger les parties de la muqueuse qui ne doivent pas être atteintes.

Présentation d'instruments.

M. Rosenberg, de Berlin, montre **un instrument pour l'exploration exacte de la paroi postérieure du larynx et de la région sous-glotttique**. Cet instrument porte à son extrémité un petit miroir qui, par un mécanisme très simple, peut tourner, s'ouvrir et se fermer, et qu'on introduit dans la glotte ou au-dessous d'elle ; il est complété par un miroir laryngien que l'on place comme à l'ordinaire.

M. Bresgen montre quelques instruments nouveaux pour le nez : d'abord les spéculums qu'il a construits d'après le principe de celui de Duplay et qu'il a nouvellement perfectionnés; puis des sondes nasales très minces et longues de 28 centimètres, elles ont une pointe conique. La sonde pour le sinus frontal et maxillaire est terminée en olive et présente une faible courbure à environ 2 centimètres et 1/2 de son extrémité. Il montre aussi sa sonde nasale terminée par une extrémité en platine de 6 centimètres de long et dont il se sert pour les cautérisations à l'acide chromique et quatre ciseaux pour les cavités nasales, deux dont le tranchant est

droit, deux où il est oblique, ils sont complètement en métal, et le manche a l'inclinaison voulue pour laisser libre le champ visuel.

M. Morelli, de Buda-Pesth, montre plusieurs instruments : un entonnoir nasal en verre avec un tuyau coudé à angle droit et terminé par une olive (1). Il permet les lavages sans porter la tête en arrière et évite les douleurs de tête consécutives;

Un porte-écraseur qui facilite l'introduction du serre-nœud dans les cavités nasales;

Un polypotome qui a l'avantage, au point de vue histologique, que la tumeur saisie ne peut tomber hors de l'instrument et qu'elle est coupée comme avec des ciseaux et non écrasée.

Séance du 23 septembre.

Présidence de M. Schmidt.

M. Hoppmann. — **De l'occlusion osseuse et des rétrécissements de l'ouverture postérienre des fosses nasales.**

Les cas d'occlusion osseuse complète sont rares. Schrötter en a relevé dix cas; il en a lui-même décrit un. Les deux cas que l'auteur rapporte portent ce chiffre à quatorze. Les obstructions membraneuses semblent avoir été plus souvent observés (Simon, Casselburg, Chiari, etc.). L'auteur décrit avec détails les deux cas d'obstruction complète qu'il a observés; dans les deux observations, c'était le côté droit qui était obstrué. Il cite sommairement trente-trois cas de rétrécissement simple bilatéral, et montre combien ces états se compliquent souvent de tumeurs adénoïdes (vingt-neuf fois sur ces trente-trois cas). Il s'étend sur les différentes sortes de sténose, leur diagnostic et leur traitement.

M. Obertuschen, de Crefeld, a vu un cas d'obstruction osseuse complète de l'ouverture postérieure des fosses nasales à droite, chez un homme de vingt-trois ans, qui s'aperçut qu'il ne pouvait plus respirer par le nez, un jour qu'il fut

(1) C'est une simple *imitation en verre* de la canule nasale que j'ai déjà préconisée il y a plus de trois ans. (Dr E. J. Moure.)

pris de coryza à gauche. Quelques applications de cocaïne rétablirent si complètement la respiration à gauche, qu'il n'y avait plus lieu de recourir à une opération.

M. Keimer, de Düsseldorf, a observé un cas absolument semblable à celui de M. Hopmann. Ce n'est que lorsqu'on eut enlevé les deux amygdales gutturales hypertrophiées et celle de Luschka qu'on s'aperçut de l'obstruction osseuse; la lamelle obturante fut percée avec un ciseau; on plaça un gros drain, plus tard l'ouverture fut élargie. Le malade guérit complètement. Il y avait dans ce cas une inégalité très prononcée des deux côtés de la face.

M. Gottstein dit qu'il a traité une obstruction osseuse par un foret analogue à celui que les dentistes emploient, mais il ne saurait recommander cette méthode très douloureuse et qui ne donne qu'une faible ouverture. On doit préférer le ciseau.

M. Morelli communique un **cas de rhino-laryngo-sclérome suppuré**.

La suppuration se montra trois fois dans des tubercules isolés; l'opération qui fut faite dans le larynx mit à jour un autre foyer purulent. L'examen histologique fit reconnaître l'infiltration de petites cellules rondes que Kaposi et Geller ont décrites, et on trouva les bacilles qu'ont décrits Fristch et Cornil comme caractéristiques de l'affection, dans les coupes et dans le pus.

M. Gottstein rapporte un **cas de mutité hystérique semblable en apparence aux troubles de la parole** étudiés par Charcot, mais qui en diffère en ce que dans les cas que Charcot et ses élèves ont décrits, l'examen laryngoscopique n'a rien révélé, tandis qu'ici il y avait trouble de la coordination et spasme phonatoire de la fente vocale. Il propose de distinguer deux formes de mutité hystérique : la mutité paralytique et la mutité laryngienne spasmodique. MM. Rosenberg, Hopmann et Heymann rapportent des cas analogues.

M. Schmidt. — **De la trachéotomie dans la phtisie laryngée.**

M. Schmidt rapporte sept cas. Trois ont été guéris, l'un opéré en janvier 1885, était parfaitement bien portant il y a huit semaines ; actuellement il a une petite ulcération sur la bande ventriculaire droite. Le second, opéré au mois d'octobre 1886, est, en ce qui est du larynx, complètement guéri, il a encore une caverne dans le poumon droit, l'état général est bon. Le troisième, opéré le 3 janvier de cette année, est complètement guéri.

Les deux malades dont il avait apporté l'année dernière les observations avec guérison vivent toujours; l'un a été opéré il y a près de trois ans, l'autre il y a deux ans et demi.

L'orateur soutient de nouveau cette thèse que dans certains cas on doit opérer avant l'apparition de la sténose, en se basant sur ces cinq cas où le résultat fut favorable malgré la sténose la plus menaçante.

M. Hopmann n'a eu que des résultats relatifs et temporaires dans les opérations de trachéotomie qu'il a faites (dix fois environ) pour des cas analogues. Il n'a pas encore observé un cas de guérison, soit qu'on ait opéré trop tard, soit parce qu'on avait abandonné après l'opération le traitement local. Il a fait une fois l'extirpation totale du larynx dans un cas d'infiltration très avancé de tout l'organe. Le malade mourut trois mois après, peut-être des suites de l'aggravation de l'état du poumon qui était peu atteint au moment de l'opération. M. Hopmann croit qu'il y a des cas, rares il est vrai, de tuberculose localisée au larynx, où l'extirpation devrait être faite à *priori*.

M. Morelli a extirpé une tumeur arrondie de la bande ventriculaire gauche. Le Dr Pertik la reconnut pour un lymphôme avec tubercules sans bacille. Ce fut aussi l'avis du professeur Recklinghausen. Le malade est complètement guéri.

M. Heymann dit que ce fut Pitho qui, le premier, fit la trachéotomie pour favoriser par l'immobilité la cicatrisation des ulcères laryngiens.

M. Betz, de Mayence. — **Du traitement de la périchondrite du larynx.**

L'auteur rapporte l'histoire d'un malade qui fut pris subitement d'enrouement et de douleur vive du larynx et qui fut soumis à son examen cinq semaines après. Il n'y avait rien eu, et depuis rien ne s'est produit qui puisse faire soupçonner la tuberculose ou la syphilis, aussi a-t-il considéré le cas comme une périchondrite essentielle. Sur la partie latérale gauche du cartilage thyroïde, un abcès s'était ouvert spontanément; au laryngoscope on constatait un gonflement de la moitié gauche du larynx qui, sans qu'il fût permis de conclure avec certitude à l'existence d'un abcès, augmenta peu à peu et nécessita la trachéotomie.

Les symptômes ne s'amendèrent pas et l'on pratiqua la thyrotomie ; on enleva le cartilage aryténoïde gauche en partie carié et luxé et un séquestre ossifié du cartilage cricoïde; on enleva aussi la lame gauche du cartilage thyroïde. La guérison fut obtenue après de nombreuses péripéties. Cependant, quoique le malade puisse parler à voix haute mais monotone, que le larynx laisse passer l'air, il ne faut pas penser encore à retirer la canule. Sans compter sur l'amélioration qui pourra survenir encore, le malade se trouve maintenant dans une bien meilleure situation qu'avant la résection et peut-être même que si l'extirpation ayant été faite, il devait porter une canule phonatoire.

M. Bresgen. — **Sur le développement des fausses membranes croupeuses dans le nez et le pharynx.**

L'auteur a remarqué la production de ces membranes en hiver et lors des changements brusques de température et aussi après l'enlèvement des escharres faites au galvanocautère dans le nez et le pharynx.

Ces escharres se détachent en général le septième jour. Que le malade prenne froid à ce moment, il peut se développer au même endroit une nouvelle couenne qui se renouvelle plusieurs fois, les plaies peuvent ainsi ne se guérir qu'en trois ou quatre semaines. En même temps il se produit des symp-

tômes naso-pharyngiens inflammatoires, du malaise, des frissons. S'agit-il ici d'un véritable croup? On ne peut le dire encore. En tout cas, le tableau clinique est bien semblable à celui que A. Hartmann a tracé.

M. Schmithuisen, d'Aix-la-Chapelle, dit qu'il a déjà fait une communication sur le même sujet il y a deux ans. Dans les premiers cas observés, il y avait de la syphilis héréditaire et il considéra cette affection comme une forme typique de la diathèse. Dans la moitié des cas qu'il observa ensuite il n'y avait pas de syphilis, le dépôt d'aspect croupeux était parfois unilatéral, parfois même limité à une partie d'une seule narine. Dans deux cas, la maladie s'étendit au pharynx et au voile du palais, il n'a jamais constaté de fièvre. Le sirop d'iodure de fer lui a paru avoir une action presque spécifique. Il croit que la répétition de cette affection peut amener l'atrophie de la muqueuse et l'ozène.

M. Héring croit qu'il faut attribuer les accidents indiqués par Bresgen à la suite des applications galvano-caustiques à ce que les malades se font des lavages du nez avec des eaux non bouillies et impures. Quant à lui, il couvre les escharres de vaseline à l'iodoforme, et bouche les narines avec de l'ouate. Il a vu trois fois la production de ces îlots de fausses membranes se répéter chroniquement après le pemphigus syphilitique de longue durée.

D[r] Wagnier.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Valeur séméiotique de l'audition de la parole suivant les âges, par le D[r] Gellé.

L'auteur fait, sous ce titre, une communication dont voici les conclusions :

1° La perte rapide de la perception du langage articulé chez l'adulte doit éveiller l'attention, car elle peut annoncer un affaiblissement des facultés cérébrales tout autant que de l'audition.

2° La conservation de l'ouïe pour le langage articulé peut, chez l'adulte, dissimuler une surdité déjà avancée ou des lésions menaçantes pour l'avenir.

3° La conservation de la faculté d'entendre la parole, chez l'adulte, tient à la grande activité du foyer du langage liée à l'éducation et au travail intellectuel.

4° La perte de l'audition de la parole est un fait des plus graves chez l'enfant sourd, car il indique que la mémoire des mots se perd; mais on ne peut conclure de là à l'existence d'une affection cérébrale, ni à celle d'une surdité incurable. Chez l'adulte, au contraire, la perte de la compréhension des mots, avec persistance de l'audition des sons, est un signe certain d'une lésion du cerveau.

5° Au point de vue du pronostic, il est clair que la perte de l'audition du langage articulé est plus grave chez l'adulte; mais sa conservation n'indique pas nécessairement des oreilles saines.

6° Chez l'adulte, l'audition du son du diapason, de la montre, peut être anéantie, et cependant la parole est très bien entendue; tandis que chez le sourd-muet on trouve souvent que le diapason et certains bruits ou sons simples sont encore perceptibles. L'adulte est souvent un sourd qui parle; l'enfant sourd devient facilement muet. (*Soc. de Biologie*, 8 novembre 1887.)

Essai sur les blessures de l'oreille par armes à feu, par le Dr J. Puig (1).

L'auteur ayant eu l'occasion d'observer dans le service du professeur L. Tripier un cas de blessure de l'oreille par balle de revolver, en a fait le point de départ de sa thèse inaugurale. Il existe d'assez nombreuses observations de ce genre, éparses dans la littérature médicale, mais aucun travail d'ensemble n'a encore été publié sur ce sujet. Les auteurs classiques semblent avoir observé sur la question un silence presque général. C'est à peine si Dupuytren, Duplay, Nélaton, Legouest lui-même, dans leurs traités, accordent une courte

(1) Lyon, Imprimerie Nouvelle, rue Ferrandière, 52.

mention aux blessures de l'oreille par armes à feu. Parmi les observations les plus intéressantes sont celles de Terrillon (1878) et de Demons (1880).

Les blessures peuvent donner lieu à deux genres d'accidents : les uns immédiats, les autres consécutifs. — Les *accidents immédiats* comprennent : A) la perte de connaissance ; — B) l'hémorrhagie auriculaire ; — C) la paralysie faciale ; — D) l'abolition de l'ouïe. — Quant aux accidents consécutifs, ils se traduisent, par : A) du vertige ; — B) de la paralysie faciale ; — C) de l'hémorragie consécutive ; — D) de l'otite moyenne purulente aiguë ; — E) de la méningo-encéphalite ; — F) des troubles psychiques.

Au point de vue du *diagnostic* il faudra différencier les cas de maladie de Ménière d'origine traumatique, de la commotion cérébrale à forme légère. On aura aussi à se demander d'où provient l'hémorragie ? Existe-t-il une fracture du rocher ? Le bruit de pot fêlé, entendu par le malade, sera un signe douteux ; l'écoulement par l'oreille d'un liquide séreux et mieux encore la paralysie faciale dénoteront une fracture pétreuse. Pour savoir si la plaie est compliquée de la présence d'un corps étranger on se servira utilement, soit du stylet de Nélaton et, pour plus de précision, du stylet électrique de Trouvé.

Le *pronostic* est grave en lui-même, tant par la surdité consécutive que par les suppurations qui peuvent se produire. On ne devra pas oublier cependant que dans certains cas les projectiles ont été parfaitement tolérés.

Comme *traitement* on peut établir que : 1° La recherche immédiate du corps étranger ne doit jamais être pratiquée. — 2° L'intervention chirurgicale tardive n'est indiquée que lorsque le malade présente des accidents sérieux (suppurations fétides, douleurs violentes, etc.). — De la discussion à laquelle il se livre, l'auteur en arrive à conclure que le meilleur des procédés à employer pour l'extraction du corps étranger est celui de Paul d'Œgine. Que s'il se manifeste une otorrhagie carotidienne, on y devra remédier par la ligature de la carotide primitive. Dans le courant de la thèse sont

rapportées tout au long ou soigneusement résumées 18 observations.

En somme, bon travail de critique, réunissant en un faisceau solide des faits disséminés. (*Thèse de Lyon*, n° 372.)

M. NATIER

De la coloration verte du pus de l'oreille. *(Ueber das Vorkommen grünen Eiters im ohre)*. par le professeur J. GRUBER.

Zaufal a rapporté un cas d'otorrhée bleue (*Archiv. f. Ohrenheilkunde*, VI Band). Cette coloration se montra chez un homme qui avait un écoulement purulent avec perforation depuis cinq jours. Trois jours après qu'on l'eut constatée, il se déclara une otite externe, dont les symptômes disparurent en même temps que la couleur bleue du pus au bout de dix-huit jours.

Un voisin du lit de ce malade, atteint également d'otorrhée, présenta bientôt le même phénomène, accompagné encore d'otite externe; cette fois il disparut au bout de six jours.

On trouva que le pus bleu contenait des bacilles qui ne différaient pas de ceux qu'on trouve dans d'autres infections putrides. On put reproduire expérimentalement la coloration bleue du pus chez d'autres otorrhéiques, et dans trois cas sur cinq, avec accompagnement d'otite externe diffuse. La marche ultérieure de l'otite moyenne suppurée n'en parut, dans aucun cas, influencée.

L'auteur met en regard de ces faits un cas qu'il a observé et où la coloration du pus était absolument celle de l'émeraude. Le sujet était atteint d'otorrhée ancienne avec perforation, et ce fut après trois jours de douleurs vives qu'il vint consulter et qu'on constata, outre la coloration verte, une otite externe diffuse.

A l'examen microscopique de masses épidermiques fortement colorées, on trouva un nombre extraordinaire de bactéries qui, étudiées avec soin et soumises à des cultures, purent être considérées comme étant le bacille pyocyanique.

Ce bacille est l'un de ceux auxquels les bactériologues refusent toute influence toxique ou infectieuse sur l'orga-

nisme. On admet d'ailleurs qu'il donne au pus une couleur bleu verdâtre, et il est probable que dans le cas de Zaufal c'était le même bacille, d'autant mieux que le bacille pyocyanique, qui n'a été exactement décrit qu'en 1882 par Gessard, n'était pas connu quand Zaufal publia ses observations.

Dans le cas vu par l'auteur et dans trois de ceux observés par Zaufal une otite externe diffuse s'était montrée en même temps que la coloration, et, ces résultats étant en contradiction avec les données bactériologiques, l'auteur essaya de transmettre la coloration verte du pus à un autre malade atteint d'otorrhée au moyen de quelques filaments d'ouate imprégnés du pus vert. Le second jour, l'écoulement chez le malade en expérience était devenu vert sans douleurs nouvelles, mais bientôt se développa une otite externe diffuse avec formation d'abcès. L'auteur crut devoir s'abstenir de nouvelles expériences du même genre.

Un cas semblable se présenta bientôt développé spontanément; la marche fut analogue, et la coloration verte que l'otorrhée prit tout à coup fut bientôt suivie d'otite externe et d'abcès. Le malade n'avait nullement été en rapport avec les premiers; cependant, à la même époque, dans un service de chirurgie du même hôpital général, on avait constaté plusieurs cas de coloration verte du pus.

L'auteur ne prétend pas que ce fût le bacille pyocyanique, que les micrographes considèrent comme inoffensif, qui produisait ces violentes inflammations; il pouvait se trouver à côté de lui d'autres matériaux d'infection. L'auteur a entrepris à ce sujet des expériences sur les animaux. (*Monatsschrift für Ohrenheilkunde*. n°s 7 et 8, 1887.) Dr WAGNIER.

Epilepsie de l'oreille dans les affections otopiésiques à répétition, par M. BOUCHERON.

L'auteur confirme les résultats qu'il a signalés en 1883 et indique que l'épilepsie peut se produire dans des cas où la surdité est à peine marquée et où l'otopiésis et l'assourdissement sont tout à fait momentanés. Tel est le cas d'un jeune

homme de 17 ans chez lequel survenaient des crises épileptiques que pouvait arrêter net la pénétration de l'air dans la caisse tympanique; elles étaient au contraire simplement modifiées quand l'air pénétrait insuffisamment dans la caisse.

Il résulte de ces faits qu'il existe une épilepsie dont l'oreille est le point de départ; aussi devra-t-on, dans les cas d'affections nerveuses symptomatiques, soigneusement examiner l'oreille. On pourra de la sorte trouver parfois la cause des accidents et en enrayer facilement la marche. (*Acad. des sc.*, 14 nov. 1887; *Sem. méd.*, 16 nov. 1887.) M. NATIER.

Un cas de perte rapide ou presque complète de l'audition chez un enfant de sept ans. Syphilis héréditaire probable *(A case of rapid and almost total loss of hearing in a child seven years of age, inherited syphilis apparently the cause)*, par le Dr ALBERT H. BUCK.

Le malade se présente le 11 janvier 1887, il est atteint d'une surdité très prononcée, qui avait débuté trois semaines auparavant. Des insufflations avec la poire de Politzer avaient été faites amenant une amélioration passagère, une heure ou deux au plus, et pendant tout ce temps l'audition diminua constamment.

Le malade n'éprouvait pas de douleur, il n'avait pas de vertiges, il n'existait pas de paralysie. A l'examen, le tympan paraît terne et déprimé, mais la caisse ne renferme pas de liquide et l'aspect terne du tympan paraît être dû à un état œdémateux de la muqueuse de la caisse plutôt qu'à la présence de mucosités.

L'auteur, très perplexe au sujet du diagnostic, croyait au début avoir affaire à une otite moyenne catarrhale avec congestion secondaire du labyrinthe. Mais pendant que le malade était en traitement il se produisit de l'ostéopériostite circonscrite à la paroi postéro-supérieure du conduit auditif au voisinage du tympan. Il n'y avait aucun antécédent tuberculeux dans la famille; l'auteur prescrivit de l'iodure de potassium en augmentant progressivement la dose. A la suite de ce traitement l'audition fut considérablement améliorée.

L'auteur attribue la périostite et la surdité à la syphilis héréditaire. (*The. Med. Record.*, 1er oct. 1887.) Dr Ch.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Pharynx. — Anatomie. Physiologie. Pathologie (1).

Dans un nouveau fascicule, récemment paru, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, nous relevons les articles suivants : Pharyngien *(plexus)*; Pharyngien de Bock *(nerf)*; Pharyngienne *(artère)*, du professeur L. Testut, de Lyon.

Les articles Pharyngotomie, Pharyngectomie, dus à M. A. Broca, sont traités avec beaucoup de clarté et de précision. Les procédés opératoires, le choix des méthodes, leurs différentes indications, les genres divers d'instruments, les résultats opératoires font l'objet d'une exposition soignée et très détaillée. Un index bibliographique de deux pages termine ces articles, et permettra au lecteur désireux d'approfondir la question, de rencontrer tous les éléments qui s'y rattachent.

L'*anatomie et la physiologie du pharynx* sont l'œuvre de M. Arloing qui les a traitées avec la compétence toute particulière qui lui est propre.

Enfin la *pathologie du pharynx* a été faite de collaboration par M. le professeur agrégé X. Arnozan et par M. Moure (de Bordeaux). Ecartant de leur sujet toutes les parties déjà traitées ou celles qui doivent paraître à d'autres places dans le dictionnaire, ils ont restreint leur étude à quatre chapitres : 1° Séméiologie et thérapeutique générales ; 2° Corps étrangers ; 3° Abcès rétro-pharyngiens : 4° Végétations adénoïdes du pharynx nasal.

Le premier chapitre comprend : 1° *Les troubles de la circulation*; 2° *Les anomalies de sécrétion*; 3° *Le diagnostic général*. La thérapeutique générale se fait au moyen de *douches rétro-nasale et nasale*. On emploie encore les *badi-*

(1) 2e série, t. XXIV, 1re partie, Paris, Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de Médecine, place de l'Ecole-de-Médecine. — C. Masson, libraire de l'Académie de Médecine, boulevard Saint-Germain.

geonnages, les *insufflations*, les *topiques liquides*, l'*électricité*.

Corps étrangers du pharynx. — Dans ce second chapitre, MM. Arnozan et Moure ne s'occupent que des corps étrangers qui s'arrêtent ou pénètrent dans le pharynx par les voies naturelles. Ils font remarquer, en passant, combien le diagnostic des corps étrangers du pharynx, autrefois très difficile, et même presque impossible, est aujourd'hui rendu facile grâce à l'usage de la cocaïne, du résonnateur de Colin et du laryngoscope.

Les *abcès rétro-pharyngiens* sont étudiés avec le plus grand soin au point de vue de leurs *variétés*, de leur *marche*, leur *durée*, leurs *complications* et leur *terminaison*. Leur diagnostic, leur pronostic et leur traitement sont clairement exposés.

Le quatrième chapitre est consacré à une affection inconnue jusqu'à la découverte du laryngoscope. *Les végétations adénoïdes du pharynx nasal*, en effet, n'ont été décrites d'une façon complète, pour la première fois, qu'en 1868, époque à laquelle Meyer, de Copenhague, publia sur ce sujet un travail important. Depuis, tous les spécialistes en ont maintes fois constaté des exemples, de telle sorte qu'elles sont aujourd'hui du domaine de la pratique courante.

L'article se termine par deux pages d'index bibliographique.

M. NATIER.

Des angiomes de la langue, par le Dr RÉGIS COUTENOT (1).

Les angiomes de la langue ont été longtemps méconnus, puisqu'il faut arriver à J. L. Petit pour avoir une description de ces tumeurs et apprendre qu'en général, le pronostic en est bénin. Bien qu'admise par la plupart des auteurs, l'origine congénitale de cette affection est pourtant loin d'être absolument démontrée. On a invoqué les traumatismes, l'hérédité, le jeune âge, le sexe (féminin), comme cause des angiomes de la langu . Ils sont indifféremment situés sur la pointe, sur les bords ou sur la base de la langue.

Dans un chapitre consacré à l'anatomie pathologique, l'au-

(1) Paris, imprimerie des Ecoles. Henri Jouve, 23, rue Racine, 1887.

teur mentionne l'opinion de Cornil et Ranvier, Busch, Rindfleisch, Virchow, sur la constitution des angiomes.

Les symptômes des angiomes de la langue sont de deux sortes : 1° S. tumoraux : couleur, forme, volume, consistance, irréductibilité, frémissement perçu par les doigts, défaut de pulsations; 2° S. fonctionnels : gêne fonctionnelle, difficulté d'expuition.

Il est à remarquer que le goût n'est en rien altéré et que, chez la femme, la tumeur diminue à l'époque des règles.

Quant au pronostic, il est bénin, s'il s'agit d'un angiome petit. On a pu dans le très jeune âge voir spontanément disparaître la tumeur. Les maladies intercurrentes semblent amener une modification heureuse. La tumeur éprouve à la puberté un accroissement subit. Les dangers qu'elle présente sont variables suivant l'accroissement de la tumeur, son siège, les hémorragies auxquelles elle peut donner lieu, la difficulté qu'elle oppose à la succion et enfin sa transformation possible en cancer.

Le traitement comprend trois grandes méthodes :

a) Méthode consistant à modifier la tumeur : 1° sel de nitre; 2° tannin; 3° caustique de Vienne; 4° injections coagulantes; 5° liqueur de Piazza; 6° injections de chloral; 7° méthode électrolytique.

b) Méthode de traitement par laquelle on interrompt l'apport du sang dans la tumeur : 1° compression; 2° ligature des linguales.

c) Méthode qui détruit la tumeur partiellement ou en totalité: 1° partiellement (cautérisation ignée centrale); 2° en totalité : ligature, amputation, calomel. (Brown.)

Huit observations et un index bibliographique de trois pages terminent ce travail. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. N.

Note sur les kystes dermoïdes du plancher buccal,
par le Dr GÉRARD MARCHANT, chirurgien des hôpitaux.

Ce mémoire a été inspiré à l'auteur par l'observation de deux cas qu'il lui a été donné d'étudier et dont un lui a été fourni par M. Reclus.

Au point de vue anatomo-pathologique, les tumeurs congénitales du plancher de la bouche renferment deux classes de tumeurs : *a*) les kystes dermoïdes à proprement parler; *b*) les tumeurs implantées sur le maxillaire inférieur et constituant le *polygnathisme*. Les kystes dermoïdes comprennent deux branches : 1° k. derm. ad-hyoïdiens; 2° k. derm. ad-géniens. Il serait difficile d'expliquer pourquoi ces variétés.

Ces kystes ont, dans la majorité des cas, le même siège anatomique. Ils occupent le plancher de la bouche entre la corde des génio-hyoïdiens et l'éventail des génio-glosses, à droite et à gauche, mais au-dessus de la sangle formée par les mylo-hyoïdiens. Ces tumeurs se développent dans cette loge ; elles sont *médianes* et *exceptionnellement latérales*.

D'un volume à peu près constant, ces kystes nécessitent une extirpation vers l'âge de vingt-trois ans en moyenne, car à cette époque la tumeur ne peut plus évoluer dans sa loge musculo-squelettique et tend à franchir ses limites avec gêne, avec douleur. Ces tumeurs, à parois épaisses, arrondies, sont toujours mobiles. Elles développent autour d'elles une bourse séreuse, ce qui en rend aisée l'énucléation.

Tumeur congénitale, donnant à la région sus-hyoïdienne l'apparence d'un double menton (menton de grenouille), tumeur oscillant lentement, produisant un soulèvement en masse de la région sub-linguale et de la région sus-hyoïdienne, tumeur arrondie, ferme, élastique, à contact d'enveloppement difficile, à pédicule génien ou hyoïdien, tels sont les caractères fondamentaux qui permettent d'asseoir le diagnostic sans beaucoup de difficultés.

Le diagnostic, parfois difficile à établir, devra être fait avec toutes les variétés de grenouillette, surtout la grenouillette congénitale, les kystes séreux du plancher de la bouche, les tumeurs érectiles, les kystes hydatiques et les lipômes.

Le traitement consiste à extirper la tumeur. Deux voies sont, à cet effet, offertes au chirurgien : 1° la *voie buccale ;* 2° la *voie sus-hyoïdienne*. Bien qu'on ait jusqu'ici préféré à la seconde, la première de ces méthodes, M. Marchant après en avoir comparé les avantages, n'hésite pas un seul instant à se

prononcer pour la méthode sus-hyoïdienne médiane qui devra être à l'avenir la méthode de choix, étant donnés les moyens antiseptiques dont on dispose actuellement.

L'auteur termine son travail par un résumé de trente observations constituant la plupart des cas de kystes dermoïdes du plancher buccal publiés par les auteurs. (*Société anat.*, *Progrès méd.*, n° 23, 24 et 25, juin 1887.) M. NATIER.

LARYNX ET TRACHÉE.

Traitement local de la phtisie laryngée, par le Dr Henri SENESSE (1).

Après un premier chapitre, consacré aux considérations générales sur la tuberculose du larynx, M. le Dr Senesse s'occupe de la thérapeutique générale de cette affection. Comme il n'a en vue, dans son étude, que le traitement local, il signale simplement sans s'y arrêter autrement le traitement général qui, dans aucun cas, ne devra être négligé. — Il divise en trois grandes classes les divers modes de traitements locaux mis en œuvre pour combattre la tuberculose du larynx. Ce sont : 1° les révulsifs ; 2° les topiques ; 3° les moyens chirurgicaux.

A. Les révulsifs devront être employés dans les congestions de la muqueuse du larynx ; ils devront être placés de chaque côté du cartilage thyroïde pour moins gêner le malade. Leur action devra être continuelle pour être efficace.

B. Les topiques peuvent être appliqués sous cinq formes différentes ; 1° insufflations de poudres ; 2° gargarismes ; 3° pulvérisations d'eaux minérales ou médicamenteuses ; 4° humages ou inhalations d'eaux semblables aux précédentes ; 5° attouchements directs du larynx. La technique de ces divers procédés est soigneusement exposée par le Dr Senesse, en même temps qu'il fait une critique judicieuse de chacun d'eux.

C. Nous dirons la même chose des moyens chirurgicaux, qui sont au nombre de quatre : 1° scarifications ; 2° le tubage du larynx ; 3° la trachéotomie ; 4° le raclage. Comme ces moyens

(1) Imprimerie Vve Cadoret, 17, rue Montméjan, Bordeaux.

ne tiennent dans la thérapeutique de la phtisie laryngée qn'une place fort restreinte, l'auteur s'étonne de voir que certains praticiens en aient fait une méthode de traitement.

A chaque période de la phthisie laryngée devra correspondre un traitement approprié. Ainsi, dans la première, on usera des révulsifs (badigeonnages iodés, vésicatoires, pointes de feu, etc.), mais, on doit bien l'avouer, il ne s'agit là que de moyens palliatifs. On emploie encore à la même période divers topiques tels que : insufflations, pulvérisations, inhalations. Mais il sera bon de faire un choix, car si l'efficacité de certains d'entre eux est parfaitement reconnue, il est par contre d'autres topiques dont l'innocuité ne saurait être mise en doute, par exemple : les sulfureux, à propos de l'action desquels, malgré des observations cliniques rigoureuses, nous voyons encore aujourd'hui les praticiens très divisés.

Aux périodes d'infiltration et de terminaison, on pourra employer l'iodol en insufflations ; il aurait parfaitement réussi entre les mains de Lublinski. Les gargarismes ne sont indiqués que lorsqu'il existe des lésions extra-laryngées. L'acide phénique en inhalations est d'une efficacité incontestée ; de même on retirera de bons effets de pulvérisations morphino-bromurées. L'acide lactique en pulvérisation aurait aussi donné des succès à M. Peter. Enfin, on s'est encore servi, pour faire des attouchements, de différents caustiques et astringents dont l'action est scrupuleusement étudiée par M. Senesse. Parmi les caustiques les plus employés, citons l'acide lactique, préconisé par Krause et Héring. Il aurait, au dire de ces deux auteurs, fourni des résultats vraiment surprenants. L'iodoforme et la morphine paraissent être aussi dans certains cas d'un emploi recommandable. Viennent enfin, en dernière ressource, les moyens chirurgicaux qui ne constituent qu'un traitement symptomatique et destiné, la plupart du temps, à parer à une asphyxie imminente.

La thèse de M. Senesse se termine par cinq observations, dont quatre personnelles et une empruntée à la pratique de M. Moure. (*Thèse Bordeaux* 1887.) M. NATIER.

Du diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire par l'examen du larynx, par le Dr Eugène MARTEL.

Une paralysie, ou une parésie d'une corde vocale, avec ou sans troubles de la phonation, indique dans presque tous les cas une phtisie pulmonaire commençante. C'est là un fait que M. Martel tient à établir nettement et il croit pouvoir arriver à le prouver par l'examen du larynx. Que l'on vienne en effet à examiner l'organe vocal pendant le fonctionnement normal des cordes, et l'aspect du larynx sain correspondra toujours à des types déterminés :

1° Pendant la respiration ; — 2° pendant l'effort simple ; — 3° pendant l'effort préparatoire à la phonation ; — 4° pendant la phonation.

Que s'il s'agit au contraire de la parésie ou de la paralysie de l'une ou l'autre des deux cordes, on voit alors autre chose. La corde affectée pendant la respiration sera presque immobile, dans la position cadavérique, ou elle aura de faibles excursions ou elle sera complètement immobile. La corde saine aura au contraire un mouvement d'autant plus étendu que sera plus limité celui de la corde malade. Pendant que celle-ci n'arrivera pas jusqu'à la ligne médiane, celle-là la dépassera pour venir se mettre au contact. De là cet aspect de la fente glottique obliquement dirigée d'avant en arrière et qu'Isambert avait considéré comme dû à une torsion du larynx. Or cette déviation absolument caractéristique d'une phtisie pulmonaire au début ou en voie d'évolution, n'est nullement le résultat de la torsion du larynx ou de la trachée, comme a pu s'en convaincre M. Martel en examinant dans toutes les positions plusieurs séries de larynx normaux. C'est pourquoi il croit devoir conclure que « la paralysie ou la parésie d'une ou des deux cordes vocales est un signe présomptif de phtisie pulmonaire ». (*Revue intern. des Sc. méd.* 31 mai 1887, p. 165.)

M. NATIER.

Anévrysme de l'aorte innominée *(Aneurysma der Aorta anonyma)*. par le Dr Max SCHAEFFER, de Brême.

Il s'agit de deux observations où se trouve démontrée toute l'importance de l'examen laryngoscopique au point de vue du diagnostic des lésions d'autres organes.

Dans le premier cas, un ingénieur, âgé de soixante ans, bien portant jusqu'à l'année précédente, avait éprouvé depuis dans le gosier des sensations qu'il comparait à du pyrosis, à de la compression ou encore à des tiraillements. En même temps, les mouvements provoqués déterminaient chez lui de la gêne respiratoire, et des douleurs dans les parties inférieures du cou. La voix était plus rauque et plus grosse que s'il eût été enroué; de plus, quand il voulait parler il avait de la dyspnée à l'inspiration.

L'examen révéla à gauche un polype muqueux du cornet moyen et une légère pharyngite catarrhale. La corde vocale gauche était absolument immobile, arquée, raccourcie, et on remarquait à peine quelques stries sur la bande ventriculaire infiltrée. Quant à la corde vocale droite, elle fonctionnait normalement. Le larynx dans son entier paraissait reporté vers la droite. La muqueuse ainsi que celle de la trachée, du côté gauche notamment, étaient le siège d'une légère inflammation.

M. Schaeffer diagnostiqua une paralysie du muscle thyro-aryténoïdien interne gauche ainsi qu'une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur de même côté et jugea qu'elles devaient être le résultat d'un anévrysme de la carotide primitive gauche ou bien de l'aorte innominée.

Deux mois après le malade mourait en chemin de fer de la rupture d'un anévrysme, ce qui vint confirmer le diagnostic.

La seconde observation a trait à un homme de cinquante-cinq ans. Il avait une paralysie double du muscle crico-aryténoïdien postérieur et de la bande ventriculaire gauche, également dues à un anévrysme. (*Separatabdr. aus der Monatss. f. Ohrenheilk., etc* , nº 1, 1887.) M. N.

De la fatigue temporaire de la voix (*Ueber vorzeitige Ermüdung der Stimme*) (Mogiphonie. B. Frænkel), par Max Bresgen.

L'auteur rappelle que pour Frænkel, cette affection consisterait dans une paralysie motrice de l'organe vocal et serait justiciable d'un traitement par le repos et l'électricité. Il croit bien qu'il en peut être ainsi dans certains cas, mais il est

aussi d'avis qu'il faut parfois incriminer la partie supérieure des voies aériennes. En effet, chez certains individus, dont le larynx est normal, on trouve par contre une rhinite chronique avec hypertrophie de la pituitaire et des amygdales pharyngées et palatines. Il lui est en effet arrivé d'observer plusieurs cas de ce genre qu'il a du reste traités avec succès quand les malades ont bien voulu se conformer à ses prescriptions.

Il rapporte deux observations de femmes âgées, l'une de vingt et l'autre de trente-deux ans, qui se livraient toutes les deux à l'exercice du chant, mais qui avaient dû cesser depuis longtemps, car elles ne pouvaient maîtriser leur voix et éprouvaient dans la gorge une grande fatigue. Elles avaient déjà été soignées, mais sans succès.

A l'examen, il ne fut rien constaté du côté du larynx, mais la voix était manifestement nasonnée. Il existait une hypertrophie de la muqueuse du nez des deux côtés, mais surtout au niveau du cornet inférieur. Il fut pratiqué des cautérisations à l'acide chromique et au galvano-cautère; une pharyngite concomitante fut traitée par des badigeonnages avec une solution d'iode et de glycérine. Dans un cas, on pratiqua rapidement la faradisation à l'extérieur. Il fut recommandé de se servir sobrement de la voix.

La guérison, dans ces deux cas, ne s'est pas démentie un seul instant. Sa durée dépend du temps pendant lequel la muqueuse nasale elle-même restera guérie, aussi faudra-t-il agir de nouveau contre l'hypertrophie si elle vient à se reproduire.

Un autre cas se rapportant également à une chanteuse qui souffrait de la gorge depuis longtemps et dont encore on avait vainement soigné le larynx, vient également témoigner que cette fatigue de la voix est sous la dépendance des lésions du nez. En effet, du côté de cet organe, on trouve une rhinite chronique, pendant que le larynx est parfaitement normal.

« Mon but, dit l'auteur, en exposant ces cas, est, dans les cas de fatigue temporaire de la voix, d'appeler soigneusement l'attention du côté du nez où on trouvera un peu de tuméfac-

tion. En effet les chanteurs et les orateurs, le soir surtout, se trouvant dans des milieux surchauffés, leur muqueuse nasale ne tarde pas à se tuméfier et le résultat, c'est qu'il existe un surmenage de la musculature du larynx. (*Separatabdr. aus der Deuts. medic. Wochensch.*, 1887, nº 19.) M. N.

Mort subite par œdème aigu de l'épiglotte,
par le Dr M. B. Frænkel.

Il s'agit d'un malade chez lequel à l'examen laryngoscopique on constatait de l'œdème de l'épiglotte et du repli ary-épiglottique. Au moment de pratiquer la trachéotomie le malade tombe mort; l'opération est faite néanmoins, mais toutes les tentatives pour rappeler le malade à la vie restent vaines. L'autopsie ayant fait constater une atrophie du rein gauche et une hypertrophie du rein droit. M. Frænkel attribue la mort à un œdème du larynx, survenu comme première manifestion d'une néphrite.

M. Baginsky se range à cette opinion. A M. Virchow qui prétend qu'en pareil cas on peut confondre l'œdème aigu de la glotte avec l'érysipèle, M. Frænkel répond qu'à la suite de recherches faites dans ce sens, M. Fehleisen et lui ont abandonné toute idée d'érysipèle. (*Soc. de méd. de Berlin.*, 11 mai 1887 in *Sem. méd.* 18 mai 1887, nº 20, p. 207.)

M. Natier.

Paralysie double de l'orifice glottique consécutive à la compression par un anévrysme de l'aorte, du nerf récurrent gauche. Rupture de l'anévrysme. Mort. (*Doppelseitige paralysie der Glottit-Erweiterer in Folge von Druck eines Aorten Aneurysma auf den N. recurrens link. Ruptur jenes. Tod*), par le Dr Beschorner, de Dresde.

Il s'agit, dans cette observation, d'une femme de quarante-trois ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, qui, depuis trois ans, était sujette à des accès de dyspnée, relativement bénins puisqu'elle n'avait jamais interrompu son travail. Trois semaines auparavant, la gêne respiratoire étant devenue plus vive, force lui fut d'avoir recours à un médecin.

A l'examen, l'auteur constate de la difficulté respiratoire avec tirage sternal et épigastrique. Les mouvements de descente du larynx étaient limités. La voix était claire, la parole intelligible, mais monotone et saccadée. Rien du côté du nez, du pharynx et du naso-pharynx. Du côté du larynx les deux cordes vocales sont en adduction à peu près complète; leurs bords dans l'inspiration s'écartent de 1 1/2 millim. environ; dans la phonation ils se juxtaposent exactement dans toute leur longueur. Le diagnostic porté fut : paralysie double de l'orifice glottique par compression des récurrents, probablement due à un anévrysme de l'aorte.

Les accès de suffocation devenant de plus en plus pénibles, on pratiqua sous le chloroforme l'ouverture de la trachée à sa partie inférieure. Avec la simple canule de Lüer, il n'y eut aucune amélioration; on lui substitua un tube en gomme de 8 centimètres de longueur, qui fut lui-même remplacé par une canule de Roser. Cela indiquait déjà que l'obstacle à la respiration était profondément situé. Quinze jours après la trachéotomie, comme on nettoyait la canule, survint une hémorragie de la grosseur du petit doigt qui emporta la malade.

L'autopsie révéla une perforation de la paroi gauche de la trachée, avec destruction des cartilages jusqu'à la bifurcation bronchique. La bronche droite était complètement obstruée par un caillot; à gauche, légère obstruction. Sur la crosse de l'aorte et en arrière, on trouva un sac anévrysmal de la grosseur d'une pomme. Le récurrent gauche, en arrière de la tumeur, était complètement aplati par elle, ses fibres étaient dissociées et son tronc aminci au-dessus; celui de droite était tuméfié et comme gélatineux. Les muscles aryténoïdiens, celui de gauche surtout, étaient atrophiés et en voie de dégénérescence. Leurs fibres avaient subi une transformation granuleuse qui avait aussi envahi les autres muscles, mais à un degré bien moindre.

Cette observation inspire à l'auteur les réflexions suivantes : 1° Possibilité de diagnostiquer un anévrysme de l'aorte par le seul examen laryngoscopique; 2° incertitude, même à

l'aide de la trachéotomie, de rétablir la respiration ; 3° de faibles lésions d'un seul récurrent suffisent à entraver les fonctions des deux muscles aryténoïdiens. (*Separatabdr. aus der Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, etc., n° 5, 1887.)

M. NATIER.

Le tubage de la glotte, par le Dr Julien-Augustin CHABANET (1).

L'auteur, dans le premier chapitre de son travail inaugural, rappelle la discussion célèbre à laquelle donna lieu en 1859, la communication de Bouchut sur ce sujet à l'Académie de Médecine. Le second chapitre est consacré à l'état actuel de la question, aux statistiques tant en Europe qu'en Amérique, aux observations rapportées par les auteurs, et enfin au Manuel opératoire.

Il se demande dans le troisième et dernier chapitre si le tubage du larynx est une bonne opération. Est-il facile? est-il dangereux ? est-il utile? Et enfin, doit-on le préférer à la trachéotomie. S'il faut en croire les statistiques, les résultats seraient égaux des deux côtés ; néanmoins, dit M. Chabanet, la trachéotomie donne toute sécurité au malade et au chirurgien ; l'intubation n'en donne aucune en dehors d'une surveillance médicale de tous les instants, et c'est pour cela qu'il préfère la première à la seconde.

Les conclusions auxquelles l'amène son étude sont les suivantes :

1° Le tubage du larynx n'est, dans son évolution, ni plus difficile ni plus dangereux que la trachéotomie. La présence de la canule peut être prolongée plusieurs jours et même plusieurs semaines sans qu'il en résulte d'inconvénient bien sérieux.

2° Les faits publiés jusqu'à ce jour par les médecins Américains sont suffisants pour démontrer que le tubage du larynx est utile dans les cas de croup, à condition que les malades soient sous la surveillance d'une personne compétente, que les tentatives d'intubation ne soient pas multipliées, que cette opération ne soit pas faite *in extremis*.

(1) Paris. Imprimerie des Ecoles, Henri Jouve, 23, rue Racine, 1887.

3° Dans la clientèle ordinaire, où le malade ne peut être soumis à la surveillance d'une personne compétente, l'intubation du larynx ne donne aucune sécurité ni au malade ni au chirurgien. Dans ces conditions la trachéotomie reste, *quant à présent*, le seul moyen à opposer au croup dès que sont épuisées les ressources médicales.

Dans un court appendice, il ajoute qu'en dehors du croup, le tubage du larynx est indiqué :

1° Lorsque l'exercice de la fonction respiratoire est compromis par une cause passagère fugace (affections spasmodiques), pourvu que l'apnée soit assez durable pour inspirer des craintes sur la conservation de la vie;

2° Pour dilater les sténoses chroniques, hypertrophiques, membraneuses, cicatricielles;

3° Pour prévenir une asphyxie imminente dans le cas de compression de la trachée (tumeurs, etc.), et donner le temps de recourir à une intervention efficace. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 244.)

M. NATIER.

Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx, par le Dr ARCHAMBAULT, chef de clinique du Dr CH. FAUVEL.

Un homme de 23 ans vient à la Clinique du Dr Fauvel disant que deux jours avant il a avalé une pièce de 50 centimes.

Au moment de l'accident il a été pris de quinte de toux d'une extrême violence, de crachement de sang, et de syncope.

La respiration est très gênée, l'aphonie est complète.

Le malade est aussitôt conduit à l'hôpital de la Charité, puis va trouver un autre médecin ; dans les deux fois on lui fait le cathétérisme de l'œsophage ; le sujet voit encore trois médecins qui ne pensent pas à examiner le larynx.

Enfin il se rend à la Clinique de la rue Guénégaud.

Le malade est d'une pâleur extrême, ses yeux sont hagards ; il paraît en proie à l'anxiété la plus grande. La partie antérieure du cou est très sensible à la palpation. La plus légère pression exercée au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde détermine une douleur extrêmement vive. Depuis deux

jours le malade a des accès de suffocation terribles, chaque fois qu'il essaie de prendre du repos, de se mettre dans le décubitus dorsal. Il n'a pu également prendre la moindre nourriture, tout effort de déglutition réveillant des douleurs insupportables. Les quintes de toux viennent assez fréquemment, elles sont provoquées par une pression au-devant du cou, par un effort, elles déterminent des accès de suffocation intenses; il y a du tirage susternal et du cornage à timbre métallique lorsque le malade fait le moindre mouvement.

A l'examen laryngoscopique, rougeur et gonflement de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des cordes vocales supérieures. Entre les bords libres de ces dernières apparaît un corps brillant, c'est la pièce d'argent qui se présente du côté pile et qui est enchaînée à droite et à gauche dans les ventricules de Morgagni. En avant la pièce disparaît sous la partie antérieure des bandes ventriculaires, en arrière elle est séparée par un espace de 2 à 3 millimètres de la région aryténoïdienne, ce qui permet au malade de respirer. En résumé toute la portion vocale de la glotte est recouverte, il ne reste de libre que la glotte cartilagineuse ou respiratoire.

Plusieurs tentatives d'extraction de la pièce sont faites d'abord par le D[r] Archambaud, puis par le D[r] Ch. Fauvel, et malgré l'habileté bien connue de l'éminent spécialiste, il fut impossible d'enlever la pièce avec des pinces par les voies naturelles.

Le malade entra alors à l'hôpital Saint-Louis; l'espace inter-crico-thyroïdien fut ouvert, le thyroïde sectionné et la pièce facilement extraite par M .le Prof. Peant.

Vingt jours après le malade était complètement guéri. (*Gazette des hôpitaux*, 9 août 1887.) J. Joal.

Contribution à l'étude des corps étrangers dans les voies aériennes. (*Contributo allo studio, etc.*), par le D[r] Morra.

Il rapporte l'observation clinique d'un épi de seigle ayant pénétré dans les voies respiratoires.

Une paysanne, poussée par derrière par une de ses amies, tomba ventre à terre, et dans la profonde inspiration faite

pour crier, un épi de seigle lui pénétra dans le larynx. Comme conséquence : cyanose, dyspnée, toux obstinée, vomissements de substances alimentaires d'abord, et de sang ensuite. Presque une heure après, ces symptômes disparurent, et il persista seulement une douleur au-dessous du sternum. Elle n'eut même pas de vives douleurs; elle avait seulement, par reprises, des vomissements de sang suivant des efforts de toux. Plusieurs mois après, elle fut prise d'une fièvre intense, vomissement, douleur aiguë au bas du thorax à droite, et expectoration sanguine. Les choses empirèrent ; la toux se fit persistante, le vomissement de sang abondant, et une nuit, elle vomit un épi de seigle, 36 millim. long, avec sang et pus très fétide.

Transportée à l'hôpital, l'auteur diagnostiqua gangrène pulmonaire, et à l'examen microscopique il rencontra dans le crachat des fragments de cariostide de seigle.

Traitement avec le terpinol ; guérison.

L'auteur rapporte d'autres cas de corps étrangers, et établit une comparaison. Il se demande ensuite, si, quand l'épi pénétra, les secours de l'art pouvaient être avantageux pour la malade. S'appuyant sur une statistique de Weist, il se déclare opposé dans ces cas à la bronchotomie. (*R. acad. de Turin*, d'après la *Riforma medica*, n° 172, 1887.)

Dr F. Cardone.

Goître plongeant avec accès de suffocation. Menace d'asphyxie rapide, trachéotomie. Fixation des deux lobes du corps thyroïde aux aponévroses du cou, par la méthode de Bonnet. Difficultés pour enlever définitivement la canule trachéale qui reste en place pendant trois ans. Guérison, par le Dr Terrillon.

Il s'agit, dans cette observation, d'un jeune homme de dix-sept ans chez lequel s'était depuis quelques mois développé à la base du cou une grosseur située de chaque côté de la ligne médiane. Après avoir un jour de fête commis quelques excès et surtout crié et chanté beaucoup, il fut la nuit suivante menacé d'accès de suffocation qui nécessitèrent son entrée à l'hôpital. Là on reconnut l'existence d'un goître plongeant ;

presque aussitôt M. Terrillon pratiqua la trachéotomie et éprouva quelques difficultés à faire pénétrer la canule dans la trachée. — Des tentatives faites au bout de cinq semaines pour enlever la canule furent suivies de menaces d'asphyxie ; alors le chirurgien ayant reconnu que cette asphyxie était le résultat de la pénétration en arrière du sternum des deux lobes de la thyroïde hypertrophiée, il résolut de fixer ceux-ci aux aponévroses du cou d'après la méthode de Bonnet. Il pensait ainsi obtenir une atrophie des deux lobes par rétraction de la cicatrice centrale.

L'avenir confirma entièrement les prévisioins de M. Terrillon. Les deux lobes ayant été fixés l'un après l'autre à un intervalle de trois semaines, ils diminuèrent de volume au point de n'être plus sensibles et demeurèrent en place. Mais à ce moment, l'enlèvement complet de la canule fut impossible et cela parce que les parois de la trachée trop peu rigides reprenaient immédiatement leur forme primitivement aplatie. Ce jeune homme dut ainsi demeurer dans le même état pendant trois ans tout en vaquant cependant à ses occupations. Enfin quand on voulut définitivement lui enlever la canule, il fut reconnu que le peu de gêne respiratoire qui persistât encore était dû à la présence au pourtour supérieur de la plaie, du côté de la trachée, d'une série de petits polypes qui furent du reste enlevés par M. Cartaz ; après quoi, l'ablation de la canule ayant été faite, l'orifice de la plaie se retrécit rapidement et le malade fut complètement guéri.

Cette observation, dit l'auteur en manière de conclusion, prouve que plusieurs opérations successives faites à propos, peuvent dans un cas aussi complexe procurer une guérison absolue. (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, n° 7, juillet 1887.)

M. Natier.

Corps étranger du larynx, par le Dr Polherat.

M. Polherat, interne à l'hôpital Laennec, a observé une vieille femme édentée qui, mangeant gloutonnement et en cachette un morceau de beefsteak, se l'introduisit dans le larynx où il s'est engagé au-dessous de la glotte.

On a échoué dans les tentatives d'extraction : la malade est morte en huit minutes.

A cette occasion M. Verchère dit qu'il faut en pareil cas faire une trachéotomie immédiate. En 1879, alors qu'il était interne à Bicêtre, il a sauvé ainsi un vieillard qui asphyxiait pour le même motif. (*Soc. anatomique de Paris*, 8 juillet 1887.)

J. Joal.

Bilan du traitement de la coqueluche en 1887,
par le Dr Gustave-Jacques-Louis Guy (1).

L'auteur sous ce titre, passe en revue dans son travail inaugural : l'étymologie, l'historique, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la nature de la coqueluche, ses symptômes, sa marche, son diagnostic, son pronostic, et enfin ce n'est qu'après 32 pages de texte, qu'il en arrive à nous parler du traitement qui doit faire l'objet de sa thèse.

Ce traitement comprend trois formes différentes : *prophylaxie*, *traitement abortif*, et *traitement curatif*. Les médicaments employés dans le traitement de la coqueluche sont divisés par M. Guy en un certain nombre de groupes qu'il rapporte longuement. Nous ne suivrons point l'auteur dans cette énumération qui nous semble ne présenter qu'un médiocre intérêt pour nos lecteurs, et nous nous bornerons à fournir un résumé de ses conclusions.

1° Il n'existe encore pas de médicament spécifique capable d'enrayer la coqueluche à son début, d'entraver sa marche et de l'empêcher de parcourir ses diverses périodes;

2° Le traitement de la coqueluche ne comprend que des médicaments destinés à combattre soit l'élément catarrhal, soit l'élément spasmodique de la maladie ;

3° Le traitement variera d'un malade à l'autre et chez le même malade d'un jour à l'autre ;

4° Vomitifs répétés dans la période catarrhale ;

5° Sédatifs et anti-spasmodiques dans la période spasmodique. Badigeonnage de l'arrière-gorge à la cocaïne dans la période catarrhale ;

(1) Paris, Imprimerie de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur de A. Parent, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3, 1887.

6° Café noir et boissons alcooliques après le repas, contre vomissements alimentaires ;

7° Pas de médicament spécifique contre l'élément parasitaire, néanmoins vaporisations antiseptiques ;

8° Insufflations nasales avec poudres ;

9° Les moyens hygiéniques pourront abréger la durée de la maladie.

On trouvera disséminées dans la thèse quelques observations où les divers remèdes ont été appliqués avec un succès plus ou moins évident. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. NATIER.

NEZ ET PHARYNX NASAL.

Étude sur la syphilis du nez et des fosses nasales (accidents primitif et secondaires), par le Dr Georges DUPOND (1).

Dans son introduction le Dr Dupond nous dit qu'il a borné son travail à l'étude des accidents primitifs et secondaires, parce que ceux-ci étant plus rares ont été moins bien étudiés que les accidents tertiaires.

La première partie de la thèse est consacrée aux accidents primitifs. Parmi ceux-ci on peut dire que le chancre induré du nez et surtout des fosses nasales est un des plus rares que l'on rencontre. Son siège variable peut être situé ou bien sur le tégument externe, ou bien à l'orifice antérieur, ou à l'orifice postérieur des fosses nasales. Sur le tégument externe on peut le rencontrer sur tous les points indifféremment. Du côté des fosses nasales, à l'orifice antérieur, il est presque toujours situé à l'entrée ; on le rencontre aussi plus fréquemment à l'orifice postérieur.

Le chancre peut être dû à des attouchements fortuits, l'épiderme offrant des solutions de continuité : tels deux cas, l'un dû à Spencer Watson et l'autre à M. Moure. Il peut encore être le résultat de pratiques obscènes de tous genres ; la contagion de la mère à l'enfant paraît possible au moment de l'accouchement. Un danger à signaler consiste dans l'inoculation, par des praticiens peu soigneux pour ne pas dire plus, a moyen d'instruments infectés.

(1) Paris, Octave Doin, éditeur, 8, place de l'Odéon, 1887.

Sur le dos du nez, les chancres affectent la forme plate à dimension moyenne; ils peuvent parfois, sur les ailes, acquérir un volume considérable. Le chancre induré des fosses nasales, jusqu'ici non décrit, se traduirait par des douleurs vives avec irradiation à la tête et à la région sus-orbitaire. Souvent il existe une tumeur assez volumineuse s'accompagnant de symptômes que Dr Dupond décrit avec beaucoup de soin.

Le diagnostic est facile pour la face cutanée du nez. Au début, à l'orifice postérieur, la lésion est le plus souvent ignorée, il faudra s'aider des commémoratifs et surtout pratiquer la rhinoscopie postérieure. Dans les fosses nasales il faudra établir une distinction avec les sarcomes dont le volume est en général plus considérable et qui donnent lieu à un écoulement de sang plus abondant. De plus l'engorgement ganglionnaire précoce dans les cas de chancre sera d'une grande utilité diagnostique. Un dernier élément de diagnostic sera fourni par le traitement antisyphilitique.

Le pronostic est assez bénin, sauf cependant dans les cas de chancres localisés à l'orifice postérieur des fosses nasales. Mais ce qui fait en réalité la gravité du pronostic, c'est l'infection syphilitique générale.

Quant au traitement, il sera général et local.

Les accidents secondaires dont l'étude forme la seconde partie de la thèse de M. Dupond semblent assez communs en tant qu'accidents cutanés des fosses nasales, mais sont au contraire rares du côté de la pituitaire. Les plaques muqueuses s'observent soit à l'extérieur du nez, soit à l'intérieur des narines; dans le second cas elles sont fréquemment situées à l'entrée des narines, ce que M. Jullien explique par une analogie de structure avec le système cutané.

Les plaques sont petites, linéaires, se traduisant par de simples érosions parfois ulcéreuses. La muqueuse olfactive participe au processus inflammatoire et il s'ensuit des troubles olfactifs et respiratoires. Le spéculum ne fait que confirmer les indications fournies par la concomitance d'autres accidents diathésiques.

Les plaques muqueuses de l'entrée du nez ou de la pituitaire

peuvent toujours être reconnues et ne sauraient être confondues après examen sérieux avec des herpétides qui siègent parfois sur cette région. La coexistence d'accidents de même genre permettra de reconnaître les lésions tuberculeuses, qui du reste sont fort rares.

Les plaques muqueuses de la pituitaire sont des lésions bénignes; on devra les traiter par des moyens locaux et généraux comme tous les accidents syphilitiques. (*Thèse de Bordeaux*, 1886-87.) M. NATIER.

De la tuberculose nasale, par le Dr A. CARTAZ.

Les observations de tuberculose nasale, en y comprenant celle que le Dr Cartaz a lui-même rencontrée, sont au nombre de dix-huit ; quelques-unes mentionnées très sommairement. Très peu connues, ces observations sont disséminées dans plusieurs recueils; il donne le résumé des principales après avoir fait très complètement l'historique de la question.

La tuberculose nasale, d'après les données statistiques, serait fort rare; elle semble également fréquente dans les deux sexes. Elle se présente sous trois formes principales : 1° ulcéreuse ; — 2° végétante, gomme ou granulome tuberculeux ; — 3° lupus.

M. Cartaz laisse de côté la question de lupus des fosses nasales, car elle ne lui paraît pas suffisamment tranchée. Il n'accepte pas les trois variétés décrites dans la thèse par de Campos de Salle, car cette division ne lui semble établir comme des formes distinctes que de simples phases de la maladie.

L'affection débute d'une façon insidieuse et la plupart du temps il existe une *ulcération* nettement constituée quand on vient réclamer le secours du médecin. En général unique, cette ulcération a une certaine prédisposition à se localiser sur la cloison : les caractères qu'elle offre sont ceux des ulcérations des autres muqueuses. Sécrétion muco-purulente, légèrement sanguiue. Douleur à peu près nulle.

Dans la deuxième forme : *végétante*, il existe de la gêne respiratoire. La tumeur dans tous les cas était née à la partie antérieure de la cloison cartilagineuse, pour de là s'étendre

en arrière. Elle est molle, friable et saigne facilement. Sur six malades, deux fois Schæffer aurait observé qu'il n'existait aucune tare héréditaire ou personnelle. — Ces tumeurs paraissent constituées par un tissu de granulation très vasculaire dans lequel on trouve des tubercules miliaires et des bacilles de Koch.

Le diagnostic de la tuberculose nasale est considérablement facilité par les lésions laryngo-pulmonaires concomitantes. On aura à la distinguer de la syphilis à toutes ses périodes; de certaines lésions ulcéreuses des rhinites scrofuleuses.Mais dans ce cas l'examen bactériologique lèvera les doutes, et seul il sera capable de fixer le diagnostic.

Bien que dans la plupart des cas, il y ait déjà infection générale et que par suite les tentatives thérapeutiques soient un peu illusoires, on ne devra cependant pas moins poursuivre le traitement avec le plus grand soin. Les cautérisations au galvano-cautère semblent un excellent moyen pour combattre avec succès les progrès de l'ulcération. Si les cautérisations étaient trop étendues on ferait des applications d'acide lactique à 20, 30 et même 50 0/0. On emploiera la poudre d'iodoforme comme pansement. Les granulomes seront l'objet d'une éradication complète. Enfin on devra relever l'état général. (*France médicale*, n[os] 84, 85, 86, et 87; 19, 21, 23, 26 juillet 1887.)

M. Natier.

Origine, importance et traitement des déviations et des épaississements calleux de la cloison nasale (*Entstehung, Bedeutung und Behandlung der Verkrümmungen und callœsen Verdickungen der Nasenscheidewand*), par le Dr Max Bresgen, de Francfort.

Au point de vue de leur origine, les déviations de la cloison, ses ruptures et ses luxations elles-mêmes, seraient le résultat d'un traumatisme, coup ou chute sur le nez. Cette opinion est partagée par J. N. Mackenzie et Schäffer; quant à l'auteur, ses propres observations lui font admettre que les déviations *considérables* de la cloison, et les épaississements calleux, sont bien le résultat de traumatismes; mais les déviations *plus petites* seraient dues à un défaut de dévelop-

pement ou bien à un vice héréditaire. Les déviations jusque-là peu accentuées, peuvent s'accroître entre vingt-cinq à trente ans et ne sauraient plus alors être corrigées.

C'est à tort qu'on a incriminé la façon de se coucher ou de se moucher. On en pourrait dire autant du rachitisme. La théorie de la luxation est fondée sur la symétrie des parties par rapport à la ligne médiane, mais ce n'est là qu'une hypothèse. La plupart du temps, la cloison est déviée à droite et les épaississements calleux ont lieu du côté gauche. La raison de ce fait résiderait vraisemblablement dans la prédominance en général du côté droit sur le côté gauche. La voûte palatine, dans les cas de déviation de la cloison, forme comme un dôme pointu. Fréquemment on a rencontré liées à cette déviation une asymétrie de la face avec asthénopie, astygmatisme et strabisme.

Au point de vue symptomatique, les malades éprouvent un malaise en tout point semblable à celui dû au rétrécissement des fosses nasales. La seule différence consiste en ce que l'obstruction due à la déviation est permanente, tandis que dans les cas de tuméfaction simple de la muqueuse, elle peut n'être que passagère. Lentes à se produire, les déviations n'occasionnent qu'une douleur minime.

La rhinite chronique qui en résulte avec inflammation de la muqueuse, détermine des symptômes réflexes dont l'apparition est d'autant plus rapide que la tuméfaction de la muqueuse a lieu dans une anfractuosité plus étroite. Il est aisé de comprendre que ce seront les parties supérieure des fosses nasales, moins spacieuses, qui seront les premières atteintes par le processus et c'est pourquoi on commet une faute en cautérisant d'abord les parties inférieures. Aussi bien pour procéder à l'examen rhinoscopique que pour aider au traitement, on se trouvera très bien de l'emploi de la cocaïne.

Le traitement peut être médical ou chirurgical. Si l'on se trouve en présence de minimes déviations, l'acide chromique pourra suffire; si les déviations sont au contraire considérables, on se servira des ciseaux. (*Separatabd. aus der « Wiener mediz. Presse »*, 1887.)

M. Natier.

De l'inflammation intra-nasale (Rhinite) (*Intra-nasal inflammation (Rhinitis)*, par le Dr J. Morrison Ray.

M. Morrisson Ray divise l'inflammation des fosses nasales en trois classes différentes : 1° la rhinite simple; 2° la rhinite hypertrophique; 3° la rhinite atrophique. On peut les considérer comme des stades différents d'une même maladie. Dans la rhinite hypertrophique il recommande l'emploi de l'acide chromique ou du galvano-cautère. (*The Amer. pract. and News*, 5 février 1887.)

Traitement de la fièvre des foins et du coryza des roses, par le Dr Da Costa.

Dans la fièvre des foins à forme asthmatique, on obtient un prompt apaisement de tous les symptômes, en injectant dans chaque narine, 6 à 8 gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. °/o. Le Dr Huchard fait insuffler, dans les fosses nasales, une poudre composée de : sulfate de quinine, 2 grammes ; benjoin pulvérisé, 4 grammes.

Dans le coryza des roses, la solution de cocaïne, d'abord à 2 p. °/o, puis à 4 p. °/o, diminue l'inflammation locale, et arrête les éternûments. Elle possède, en outre, une influence sédative prononcée sur le système nerveux tout entier. (*Union médicale*, 19 juillet 1887.)

Contribution à l'étude histologique des polypes muqueux des fosses nasales, par le Dr Cyrille Berton.

L'auteur de ce travail, après avoir fait l'analyse histologique dans onze cas de polypes muqueux des fosses nasales, tire des conclusions dont la plupart nous sont connues depuis longtemps.

Trois fois sur dix cas, M. Berton a rencontré des glandes en grande quantité; peut-être jouent-elles un certain rôle dans le processus pathologique.

Assez fréquemment on observerait des noyaux inflammatoires dans les polypes.

Comme pathogénie, voici l'explication donnée par l'auteur : un noyau inflammatoire ou glandulaire déterminerait une

saillie qui se pédiculiserait et constituerait le polype après infiltration muqueuse, épanchée dans les enveloppes du noyau d'origine. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 221.) M. N.

De l'épistaxis considérée comme hémorragie sénile,
par le Dr Mérignac (1).

Fréquentes dans la jeunesse, les hémorragies nasales deviennent rares au contraire dans la vieillesse, tant à cause de l'atrophie de la pituitaire que de l'imperméabilité des vaisseaux et de l'absence de la plupart des causes qui peuvent amener des congestions du côté du nez.

Les causes des hémorragies nasales chez les vieillards sont : 1° *des causes efficientes* (déchéance organique et par suite dégénérescence des tissus ; 2° *des causes prédisposantes :* toutes les maladies capables de débiliter l'organisme, quels que soient du reste les divers organes sur lesquels elles portent ; 3° *des causes occasionnelles* : congestions, fatigue, émotions vives, etc.

La symptomatologie rapidement passée en revue par l'auteur ne nous apprend rien de nouveau.

Au chapitre du diagnostic, il fait la division suivante : hémorragies siégeant au-dessous des piliers postérieurs du pharynx; hémorragies siégeant au-dessus. Les premières se reconnaîtront directement avec un bon éclairage. Quant aux secondes, elles peuvent avoir leur siège dans l'arrière-cavité ou au niveau des cornets et à leur partie antérieure. On pourra, dit l'auteur, *se servir au besoin du rhinoscope.* Il semble faire bon marché de cet instrument qui dans tous les cas nous paraît à nous d'un utile secours. — Les anamnestiques : fractures, tumeurs ; — les maladies fébriles mettront encore sur la voie du diagnostic.

Le pronostic sera basé : 1° sur l'abondance du sang perdu et sa plus ou moins grande facilité de coagulation; 2° sur les causes qui ont donné naissance à l'hémorragie ; 3° sur l'état constitutionnel du sujet et son genre de vie.

L'auteur divise ainsi la thérapeutique des hémorragies

(1) Bordeaux, Imprimerie Nouvelle A. Bellier et Cie, 16, rue Cabirol.

nasales : 1° traitement indirect ; 2° traitement direct ; 3° traitement médical. — Arrivant ensuite à la discussion du traitement, il s'exprime ainsi : « Nous pensons qu'il vaut mieux recourir de suite, à l'exemple de M. le professeur Vergely, aux tampons, et aux tampons saupoudrés de la poudre hémostatique (lycopode 50 grammes, tannin 3 grammes. alun 1 gramme, et colophane 2 grammes), libre ensuite de pratiquer la compression des carotides. » Il combat l'opinion du Dr Martineau qui veut qu'on respecte l'épistaxis chez les vieillards par crainte d'apoplexie cérébrale et il ne veut pas que sous ce prétexte, on s'expose à laisser mourir son malade d'hémorragie.

Suivent onze observations qui terminent ce travail. Peut-être quelques examens directs de la pituitaire auraient-ils fourni des données plus certaines sur le point de départ de l'hémorragie et indiqué un moyen parfois très simple de la combattre. C'est là une lacune regrettable dans ce travail intéressant. (*Thèse de Bordeaux*, 1887.) M. Natier.

Irrigation très chaude contre les épistaxis graves,
par le Dr Alvin.

L'irrigation d'eau très chaude est un moyen très puissant à employer dans les cas d'épistaxis et surtout d'épistaxis graves.

Ce moyen ne présente aucun danger. Il est accepté sans répugnance, il n'est pas douloureux.

Le malade doit être surveillé une dizaine d'heures, ayant de l'eau bouillante et un irrigateur à sa disposition.

Cette pratique a parfaitement réussi au docteur Alvin, qui a pu, au Mont-Dore, arrêter une épistaxis grave durant depuis huit jours chez un de nos malades. Avec l'aide du docteur Percepied, nous avions employé les astringents divers, jusqu'à l'antipyrine et le perchlorure de fer; à deux reprises nous avons fait le tamponnement postérieur des fosses nasales, nous avions conseillé les pédiluves sinapisés, la glace dans la bouche. Nous avions pratiqué des injections d'ergotine, donné le perchlorure, l'opium à l'intérieur. Rien n'avait

réussi; le sang coulait toujours malgré le tamponnement et sortait par le point lacrymal.

Le docteur Alvin arrêta l'hémorrhagie en faisant une irrigation nasale avec de l'eau à 70°. (*Loire médicale*, le 15 août 1887.) J. JOAL.

Les amygdales pharyngées, leur maladie et leur traitement *(Die sogenannte Rachentonsille, ihre Erkrankung und Behandlung)*, par le Dr MAX BRESGEN, de Francfort (1).

L'auteur rappelle au début de son « Essay » l'importance donnée à la pathologie et à la thérapeutique des amygdales pharyngées, grâce aux recherches nécroscopiques de Trautmann; on rencontre les amygdales pharyngées hypertrophiées, appendues comme des rideaux en arrière des choanes; on trouve encore des végétations dans les fossettes de Rosenmüller; elles peuvent obstruer complètement le pharynx nasal. Les dilatations kystiques qui s'observent parfois dans l'intérieur des végétations, sont, par les uns, considérées comme des kystes par rétention, tandis que d'autres au contraire se refusent à accepter cette opinion. On peut encore trouver des nodules de la grosseur d'un grain de millet, d'un pois même, qui renferment parfois des cristaux de cholestérine et des déchets moléculaires.

La folliculite catarrhale purulente des amygdales pharyngées, serait assez peu fréquente.

Wendt (1874), approuvé depuis par Trautmann, disait que la *bourse* de Mayer n'était pas constante et qu'il árrivait de rencontrer des dépressions analogues sur d'autres points des amygdales pharyngées.

L'hypertrophie des amygdales pharyngées se traduit par des symptômes du côté du nez (gêne de la respiration, etc.), et par des symptômes inflammatoires du côté de l'oreille.

Trautmann considère comme des phénomènes d'engouement tous les désordres occasionnés par l'hypertrophie des amygdales. Je ne saurais souscrire de tout point à cette opinion; c'est qu'en effet, il existe dans la circulation nasale d'assez nombreuses voies de dérivation pour qu'il soit difficile

(1) Berlin und Leipzig, Verlag von Georg Thieme, 1887.

de voir une augmentation de pression se produire. Je croirais plutôt que la rhinite chronique serait le résultat d'une aération vicieuse de la cavité nasale.

L'hypertrophie des amygdales pharyngées est liée à l'état scrofuleux. Trautmann renversant la proposition, croit au contraire que l'*habitus scrofuleux* serait le résultat de la compression veineuse; et, en effet, ajoute-il, on l'a vu disparaître après extirpation des amygdales. On a encore dans l'étiologie incriminé l'hérédité et les exanthèmes.

Les symptômes se traduisent par de l'obstruction nasale et ses conséquences, un aspect particulier et très frappant du visage, de l'altération de la voix, de l'immobilité du voile du palais, des sécrétions abondantes, parfois même sanguinolentes. Il peut encore exister des symptômes réflexes, comme par exemple, un cas de paralysie vocale signalé par l'auteur il y a déjà dix ans. Tous ces symptômes, à la suite de l'extirpation des amygdales, sont simplement amendés; il est besoin pour les voir complètement disparaître d'un traitement consécutif.

Comme traitement, Bresgen conseille l'extirpation suivant le procédé de Trautmann à l'aide de la cuiller tranchante. L'opération se fait pour ainsi dire sans douleur, et n'est presque jamais accompagnée d'hémorragie. On devra enlever les amygdales palatines en même temps que les amygdales pharyngées. La récidive sera possible au cas où on aurait incomplètement enlevé les amygdales et où le malade serait exposé à de fréquentes inflammations aiguës.

Si l'auteur ne s'étend pas plus longuement sur l'opération elle-même, c'est qu'elle ressort du domaine des spécialistes et qu'il croit en avoir assez dit pour les praticiens en général. (*Separatabd. aus der Deutsch. Medic. Wochensch.*, 1887.)

NOUVELLES

Le Dr Solis Cohen nous informe qu'il s'est démis de son titre de professeur à la Polyclinique de Philadelphie et de ses fonctions de médecin à l'hôpital allemand de Philadelphie.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

9e Année — N° 2. — 1er Février 1888.

DES NODULES DES CORDES VOCALES

Par le Dr **WAGNIER**, de Lille.

Dans le cours de la laryngite aigüe, ou plus souvent dans la forme chronique de l'affection, on observe parfois un défaut de rectitude du bord de l'une des cordes vocales ou des deux à la fois. Cet aspect irrégulier, plus ou moins prononcé selon les cas, dû à la tuméfaction inégale de l'épithélium, est l'indice de ce que l'inflammation n'existe pas au même degré dans toute l'étendue des rubans vocaux. Ces inégalités s'accentuant, arrivent à constituer sur le bord des cordes vocales de petits *nodules* qui survivent à l'inflammation catarrhale.

Ces petites tumeurs présentent des caractères spéciaux bien nets, qui en font une classe à part et qui doivent être étudiés, ainsi que j'espère le démontrer, moins comme des néoplasmes proprement dits que comme une conséquence de l'état inflammatoire. Elles offrent d'ailleurs un grand intérêt lorsqu'on les observe chez les personnes pour lesquelles la netteté et la pureté de la voix constituent une condition professionnelle de premier ordre.

Dénomination étiologique. — Comment convient-il de désigner ces produits? En se basant sur ce qu'elles présentent de plus constant, sur ce qui leur donne un caractère propre : leur origine catarrhale.

Les malades, en effet, chez lesquels j'ai observé ces productions avaient tous été atteints préalablement de rhumes, avec extinction plus ou moins prononcée de la voix; chez la plupart, ces inflammations se répétaient assez fréquemment, et c'est au cours de l'une de ces périodes aiguës ou subaiguës que je les remarquais. Elles persistent après la terminaison de l'état aigu, seules ou accompagnées d'autres lésions catarrhales; mais le fait le plus digne de remarque, c'est que ces lésions se présentent presque toujours chez des per

sonnes que les nécessités professionnelles obligent à parler avec effort ou à chanter alors qu'elles sont sous le coup d'un état inflammatoire plus ou moins prononcé du larynx.

C'est alors que le nodule se forme sur le bord libre de l'une des cordes vocales, augmentant l'enrouement et donnant lieu, chez les chanteurs en particulier, à un certain nombre de constatations intéressantes, dont je m'occuperai tout à l'heure.

Ces données étiologiques indiquent que l'affection doit être fréquente chez les orateurs, les prédicateurs, mais surtout chez les chanteurs, les efforts vocaux étant bien plus grands dans cette dernière profession. Stœrck, l'un de mes maîtres de Vienne, l'avait constaté en si grand nombre de fois chez les artistes lyriques, qu'il avait appelé ces productions : « *nodules des chanteurs* ». Ils se rencontrent, à la vérité, plus souvent chez les chanteurs populaires que chez les artistes d'un ordre plus élevé; ceux-ci sont moins absolument esclaves des nécessités de la vie et, d'autre part, leurs auditeurs, plus exigeants, ne s'accommoderaient pas de conditions vocales dont se contente le public des premiers. A Vienne, où la profession de chanteur de café-concert est des plus communes, on observe un très grand nombre de ces nodules dans les cliniques laryngologiques, et la dénomination de « *nodules des chanteurs* » y est plus qu'ailleurs justifiée; cependant il n'est pas rare de les rencontrer dans une foule d'autres professions, c'est pourquoi la dénomination de « *nodules inflammatoires* ou *catarrhaux* » des cordes vocales me paraît répondre mieux à la réalité des faits.

Symptômes. — Le siège des nodules marginaux des cordes vocales est remarquablement constant; c'est presque toujours vers le milieu des cordes vocales inférieures, et plus près de leur commissure antérieure, qu'on les voit. Ils sont petits, leur grosseur n'excède

guère celle d'une tête d'épingle ou d'un grain de millet, souvent arrondis, hémisphériques, parfois disposés en pointe, habituellement d'un blanc mat, et tranchant par leur coloration sur le reste du bord du ruban vocal. Ils sont le plus souvent bilatéraux et, en ce cas, toujours symétriques et s'affrontant exactement. On les rencontre aussi d'un seul côté, cependant les nodules unilatéraux que j'ai vus m'ont paru, en général, plus gros, plus rebelles au traitement, et je pense que si un certain nombre de nodules doivent être considérés comme de petits fibrômes, ce sont plutôt ceux qui se montrent d'un seul côté que les autres. On trouve souvent, à côté des nodules, d'autres lésions de laryngite chronique : de la rougeur diffuse ou limitée, de la vascularisation, du gonflement épithélial; dans bien des cas cependant le reste du larynx paraît normal.

La phonation est plus ou moins altérée et cette altération est en rapport, d'une part, avec les lésions de la laryngite concomitante quand elle existe; d'autre part, avec les troubles occasionnés par la présence des nodules eux-mêmes. Dans les cas où l'influence du nodule se fait seule sentir, on constate souvent une série de phénomènes intéressants, au point de vue de la production des sons.

En général, et dans le cas de nodules très petits, la gêne est au minimum dans les tons bas; l'émission des notes élevées devient, au contraire, impossible dans le registre de poitrine, elle ne peut avoir lieu qu'en fausset. Ce dernier registre est lui-même très limité, et les tons les plus hauts ne peuvent être produits. Cette particularité s'explique assez bien. Dans le cas de nodules petits, il peut arriver qu'ils ne soient pas en contact dans les notes basses; à mesure que la voix monte, que la fente vocale se resserre, ils se rapprochent; lorsqu'ils arrivent au contact, la phonation perd sa pureté; mais si le sujet prend le registre de tête, la fente vocale s'écarte à nouveau dans sa partie moyenne, les nodules peuvent cesser

d'être en contact pour s'affronter de nouveau dans les notes élevées du fausset.

Un renseignement que j'ai recueilli un certain nombre de fois de la part de chanteurs atteints de cette affection, c'est que, dans les *forte*, la voix devient plus nette. Le cas le plus caractéristique à ce point de vue était celui que présentait une jeune fille de dix-sept ans, qui paraissait offrir les plus heureuses dispositions, mais dont la voix était très fatiguée ; elle n'était pas, disait-elle, sujette aux rhumes, cependant elle avait un coryza chronique et des granulations pharyngiennes assez larges. La voix, quoique plus faible, conservait sa pureté dans les notes basses et moyennes, mais elle ne pouvait donner les tons élevés qu'en *forte*. Les nodules étaient, dans ce cas, très petits et disposés en pointe ; il est probable qu'ils pouvaient être rejetés en avant sous l'influence de l'effort, et perdre ainsi momentanément leur action fâcheuse. Il m'a paru, dans un autre cas, qu'un nodule très petit et unique semblait s'effacer par suite de la tension de la corde vocale, lorsqu'on faisait émettre, sous le miroir laryngoscopique, une note élevée.

Un symptôme plus curieux se produit dans quelques cas ; il consiste dans l'émission simultanée de deux sons différents, dont les artistes se rendent parfaitement compte.

Ce phénomène, déjà observé par Türck et par Rossbach, a été étudié particulièrement par Schnitzler, qui en a rencontré des exemples très nets et remarquables, surtout en ce sens que dans quelques-uns d'entre eux, les deux sons produits simultanément correspondaient toujours au même intervalle musical. J'ai vu à la clinique de Schnitzler un malade chez lequel ce symptôme était caractéristique et appréciable, même pour des oreilles peu exercées. Toutefois, les deux sons produits ne correspondaient pas à un intervalle musical. Ce malade présentait deux nodules à peu près d'égal volume, siégeant vers

la réunion du tiers antérieur avec les deux postérieurs de la fente vocale.

Il n'en était pas de même dans le cas que le professeur rappelait à ce sujet et qu'il présenta en 1874 à la Société musicale de Vienne. Chez ce malade, qui était ténor d'opéra, la double note apparaissait toujours au même point de la gamme pour le même registre. Le son surajouté était toujours plus élevé de l'intervalle de tierce majeure. De l'ut_2 au fa_2, on entendait un son assez pur et unique, la diphonie se produisait du sol_2 à l'ut_3; Le double ton disparaissait si le chanteur donnait ces dernières notes en voix de tête, mais il revenait dans ce dernier registre à partir du $ré_3$ jusqu'au la_3. Dans ce cas, le nodule était unique et siégeait vers le milieu des cordes vocales, mais, comme c'est en quelque sorte la règle, plus près de leur commissure antérieure que de leur extrémité postérieure (1).

J'ai observé récemment un cas où ce phénomène de diphonie put être constaté. Il s'agissait d'une chanteuse de café-concert de Lille, âgée de vingt-trois ans, qui vint me consulter au sujet d'une laryngite survenue depuis quelques jours. L'examen laryngoscopique me fit reconnaître, à côté des lésions habituelles de la laryngite subaiguë, l'existence de deux nodules d'inégal volume, siégeant symétriquement, un de chaque côté, sur le bord des rubans vocaux, celui du côté droit plus gros, un peu globuleux.

La fente vocale se trouvait ainsi partagée en deux parties : une antérieure plus courte, une postérieure plus longue. La voix était très enrouée, il y avait en même temps de l'angine et de la bronchite. Après la disparition des phénomènes d'acuité les nodules persistèrent; il est certain, d'ailleurs, qu'ils existaient antérieurement à l'inflammation catarrhale constatée, car, outre que leur aspect l'indiquait, la malade racontait que depuis long-

(1) L. Réthi. *Kasuistiche Mittheilungen*. Wiener Med Presse, 1884.

temps sa voix était altérée et que dans l'intervalle des inflammations laryngo-bronchiques auxquelles elle était très sujette, elle était toujours gênée dans certaines notes.

Dès que l'exercice du chant fut redevenu possible, l'existence d'un double son se produisant dans les notes élevées ne fut pas douteuse; les deux sons entendus parurent, d'après l'opinion d'un musicien très exercé, séparés par un intervalle voisin de celui de quinte. Le son le plus élevé était excessivement grêle mais bien distinct. La diphonie disparaissait dans les notes moyennes et basses mais la voix restait voilée. Je touchai d'abord avec la nitrate d'argent en substance les deux nodules, le plus petit s'affaissa au bout de deux applications, l'autre dut être touché avec un galvanocautère plat appliqué parallèlement au bord de la corde correspondante ; la guérison fut ainsi obtenue.

Pour expliquer la diphonie, la seule théorie qui paraisse plausible est celle qui considère la fente glottique comme divisée, au moment où les nodules s'affrontent, en deux glottes distinctes vibrant séparément et rendant chacune un son dont l'intervalle musical est déterminé par les longueurs respectives des parties vibrantes. Ainsi, par exemple, lorsque les deux sons produits sont séparés par l'intervalle de tierce, comme dans le cas cité plus haut, le nombre des vibrations correspondant aux deux notes étant dans le rapport de 5/4, il s'ensuit que la glotte doit être divisée en deux portions dont les longueurs relatives sont exprimées par 4/5. C'est ce que démontrait, en effet, l'image laryngoscopique. D'où l'on peut conclure qu'on pourrait indiquer d'avance, en cas de diphonie causée par un nodule, la position de l'obstacle d'après la hauteur respective des deux sons produits.

Est-il possible d'invoquer une autre explication, d'admettre, par exemple, que l'une des deux cordes vocales, celle qui ne porte pas de nodule ou qui porte le nodule le plus petit, vibre dans toute son étendue tandis que l'autre

ne vibrerait que dans la plus longue des parties en lesquelles le nodule la divise? On comprend difficilement qu'un son puisse se produire dans ces conditions.

Quoi qu'il en soit de la théorie qui peut servir à son explication, le phénomène n'en est pas moins hors de conteste, encore qu'il soit rarement observé. Il ne se produit d'ailleurs d'une façon appréciable que lorsque la laryngite a presque complètement disparu du reste de l'organe vocal.

Il est rare que l'on puisse suivre le développement des nodules, en général, on les découvre alors qu'ils sont déjà constitués, et l'on est obligé pour établir l'époque probable du début de se contenter de renseignements anamnestiques très vagues; cependant j'ai observé, il y a environ cinq mois, une jeune fille de vingt ans qui à mon premier examen présentait une rougeur limitée située vers le milieu de la partie ligamenteuse du côté gauche; le ruban vocal était épaissi et le bord correspondant paraissait faire une légère saillie en cet endroit. Cependant, la voix étant peu altérée, le sujet, une artiste lyrique, continua, malgré mon conseil, ses exercices de chant. Je la vis, pour la seconde fois, après un intervalle de plusieurs mois ; un nodule paraissait se former au point primitivement atteint, aujourd'hui il s'accuse peu à peu, sans s'isoler encore nettement et comme englobé dans l'inflammation chronique contre laquelle j'ai institué un traitement par les applications astringentes.

Les nodules une fois formés persistent souvent indéfiniment sans s'accroître, ils disparaissent même parfois spontanément; d'autres fois ils récidivent après que le traitement les a fait disparaître; ils peuvent même se transformer en véritables polypes.

Pathogénie.—La cause de la production de ces petites tumeurs n'est pas douteuse : on ne les rencontre, comme je l'ai dit, presque jamais sur des larynx qui n'ont pas été

antérieurement atteints d'inflammation intense, ou récidivante, ou de longue durée. Souvent l'état catarrhal qui les a produits persiste, entretenu sans doute par cette cause permanente d'irritation. Sous l'influence des efforts de phonation, l'inflammation se localise en un point; il s'y fait une hyperplasie locale limitée peut-être au début à l'épithélium et qui, s'accroissant, peut atteindre tous les éléments de la muqueuse. On les observe donc presque toujours chez des personnes sujettes à l'inflammation catarrhale, il m'a paru qu'ils étaient plus fréquents dans le sexe féminin.

Quant à la situation à peu près constante que les nodules affectent par rapport à la longueur du bord des cordes vocales, elle résulte, à mon avis, de ce que dans la laryngite le rapprochement des cordes vocales étant gêné par le gonflement de la région aryténoïdienne, les muscles adducteurs se contractent avec énergie et amènent en contact la partie antérieure des bords de la fente vocale.

Le point où le nodule naît correspondrait à celui où la vibration est entravée par le contact des bords des rubans vocaux à la partie antérieure. Le son de fausset aigu que prend souvent la voix dans la laryngite aiguë ou chronique vient à l'appui de cette explication. Peut-être aussi la contraction imparfaite du muscle ary-aryténoïdien, conséquence de la parésie dont il est souvent le siège en cas de laryngite et sur laquelle le Dr Moure a récemment appelé l'attention, est-elle la cause première de cette position glottique qui amène une sorte de frottement auquel j'attribue l'origine des nodules catarrhaux.

Anatomie pathologique.— D'après Stœrck, les nodules sont formés le plus souvent de tissu conjonctif, de fibres élastiques et par l'épithelium pavimenteux proliféré; la muqueuse ne conserverait que très rarement sa texture normale.

Il est probable que les nodules que l'on voit disparaître sous l'influence des traitements les plus simples (topiques astringents liquides ou pulvérulents) et même par le repos seul n'ont pas la structure que Stœrck indique et qui est celle des fibrômes.

Si même l'examen histologique prouvait qu'ils dussent être rattachés à cette variété de tumeurs, toutes les particularités qu'il présente, leur bilatéralité symétrique habituelle, leur siège à peu près invariable vers le milieu de la glotte interligamenteuse, leur état stationnaire après qu'ils ont atteint un volume toujours très petit, en formeraient une classe de fibrômes tout à fait distincte.

Türck a décrit sous le nom de *Chorditis tuberosa* un état d'inégalité, de rudesse de la surface des cordes vocales, cet état est constitué par de petites tumeurs confluentes qui augmentent l'épaisseur de la corde vocale. Cette affection, assez rare, diffère, on le voit, de ce que nous avons décrit; elle est très tenace et, d'après Morell-Mackenzie, défie souvent tout traitement. On peut considérer les nodules des chanteurs comme une forme bénigne localisée de cette affection. Türck pense avec Wedl qu'il s'agit dans ce cas d'une hypertrophie du tissu conjonctif avec prolifération de ses noyaux. Notre savant maître le professeur Schrœtter est d'avis que la lésion est variable dans sa nature, que l'on ne peut déterminer avec précision en l'absence de recherches microscopiques suffisantes.

Souvent, dit-il, il ne s'agit sans doute que d'une prolifération de l'épithelium, dans d'autres cas d'une hypertrophie des papilles, dans d'autres enfin de produits circonscrits d'inflammation.

Pronostic. — Comme je l'ai dit en commençant, cette affection présente une importance considérable pour les personnes pour lesquelles l'intégrité parfaite de la fonction vocale est indispensable, surtout pour les chanteurs ; toutefois, et quelle que soit la profession du sujet

qui en est atteint, elle occasionne dans la phonation un état de tension et d'effort exagéré, qui n'est pas sans inconvénients ; elle constitue d'ailleurs un facteur important pour la persistance de la laryngite qui l'a causée.

Traitement. — Le traitement permet le plus souvent de faire disparaître ces productions gênantes. Dans les cas légers où on a lieu de croire que la muqueuse n'est que superficiellement altérée, le traitement est celui de la laryngite chronique. Celle-ci guérie ou améliorée, il y a lieu, si le nodule persiste, de le cautériser directement au nitrate d'argent en substance. L'acide chromique pourra être employé sur les nodules plus volumineux. La galvano-caustique doit être réservée pour les cas rebelles. Il est rare que les nodules soient assez volumineux pour que leur exérèse rentre dans le cadre de l'extirpation des tumeurs laryngiennes.

DE L'ÉPISTAXIS GÉNITALE

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

I

Les récents travaux de Bigelow, Voltolini, Zuckerkandl, Hack, Kiesselback, John Mackensie, sur la structure de la membrane pituitaire et la présence de tissu érectile dans les fosses nasales ont eu pour résultat de modifier les idées jusqu'alors admises sur la pathogénie de certaines épistaxis. Nous devons maintenant attribuer un rôle important, dans le mécanisme de production de ces hémorragies, à la turgescence exagérée des corps caverneux ; et ils nous semble que les classifications en usage ne peuvent plus désormais être acceptées.

Nous proposons donc la classification suivante :

1° Épistaxis traumatiques et ulcéreuses (chute sur la tête, coup sur le nez, cautérisations, ulcérations de la pituitaire).

2° Épistaxis dyscrasiques (altération des vaisseaux, altération du sang, hémophilie, scorbut, maladies du foie, de la rate ; artério-sclérose).

3° Épistaxis mécaniques (augmentation de la pression sanguine dans les vaisseaux artériels ou veineux. Efforts, cris, quintes de toux, vomissements; tumeurs du cou. engorgement du cœur droit).

4° Épistaxis vaso-motrices (turgescence par action réflexe du tissu érectile, tenant à une excitation locale ou éloignée).

Ce dernier groupe, le seul que nous ayons à envisager dans ce travail sur l'épistaxis génitale, comprend les saignements de nez que les auteurs ont décrits sous le nom d'épistaxis essentielles, idiopathiques, spontanées.

Indiquons rapidement le mécanisme suivant lequel se produisent ces hémorragies.

L'abondante vascularisation de la pituitaire a été signalée depuis longtemps; toutefois ce ne sont pas des plexus veineux, variqueux que l'on rencontre dans la muqueuse, comme le disent Cruveilher et Sappey, mais bien un véritable tissu érectile situé immédiatement sous l'épithelium de la membrane nasale. Ces corps caverneux, à mailles étroites superficielles, et à lacunes assez larges dans la profondeur, sont surtout manifestes sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen et aux extrémités postérieures des trois cornets; mais suivant Zuckerkandl et Kiesselback ils existent aussi sur la cloison.

Chez certains sujets ce tissu érectile a une grande aptitude à entrer en turgescence, et à se gorger de sang; si la tension sanguine est trop considérable, et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés et modifiés qui forment le tissu caverneux, ceux-ci se déchirent, et leur rupture entraîne le déchirement de la muqueuse d'autant plus mince et moins résistante qu'elle est réduite à son revêtement épithélial. Le mouvement sanguin a abouti à un raptus hémorragique.

Certains auteurs soutiennent que le tissu érectile

devient turgide à l'état normal, sous l'influence de causes physiologiques, afin de déterminer des réflexes physiologiques et Hack pense que l'augmentation de volume des corps caverneux sert à protéger jusqu'à un certain point, les fosses nasales contre les influences délétères d'agents extérieurs. Nous ne saurions garantir l'exactitude de ces vues, nous nous contentons de considérer le tissu érectile comme susceptible de se gonfler à la suite d'une excitation légère de la muqueuse nasale ; il suffit, en effet, d'un léger attouchement, du simple contact de la sonde, ou bien de l'action de certaines odeurs, de certaines poussières, sur la pituitaire pour que l'on puisse constater la turgescence des cornets. Plus ces mêmes causes excitantes se reproduisent fréquemment, et plus les phénomènes de gonflement se montrent avec facilité. L'augmentation de volume sera aussi plus grande, et conduira plus aisément à la rupture vasculaire, à l'hémorragie nasale.

Le rôle que jouent les odeurs, les poussières dans l'étiologie de l'épistaxis est connu de longue date; et dans tous les ouvrages est cité le cas remarquable de Jean de Querceto, secrétaire de François I[er], qui avait des saignements de nez chaque fois qu'il sentait une pomme; on sait aussi que les vapeurs d'ammoniaque, les particules de jalap et d'ipécacuha pénétrant dans les fosses nasales peuvent déterminer des épistaxis et certaines prises énergiques sont réputées comme capables de provoquer des hémorragies nasales.

Mais ces irritations directes sur la membrane pituitaire ne sont pas les seules qui puissent être suivies de gonflement du tissu érectile et d'épistaxis; les phénomènes turgides peuvent avoir pour point de départ des causes agissant en dehors des fosses nasales, des excitations par exemple portant sur les nerfs de la peau, de l'œil (refroidissement, coup de soleil, lumière vive).

Enfin le réflexe prend parfois son origine dans des phénomènes psychiques; et l'on a rapporté des faits

d'épistaxis à la suite d'émotions violentes, de frayeurs excessives, d'accès de colère; c'est ainsi que Morell-Mackenzie fait remarquer avec raison que l'influence étiologique des grandes émotions n'avait pas échappé à l'esprit observateur de Dickens; l'auteur anglais parle en effet dans son *Our mutual Friend* d'une hémorragie nasale dont fut atteint Bradley Headstone, alors qu'il poursuivait Eugène Wrayburn avec l'intention de le tuer.

Un malade d'Arviset avait un saignement de nez chaque fois qu'il se mettait en colère; une jeune fille dont Macnamara cite le cas, faillit mourir d'une épistaxis attribuée à la douleur que lui causait la perte de son père. La turgescence du tissu érectile se produit alors par le même mécanisme que la rougeur de la face d'origine émotive; l'épistaxis tient à un trouble des vaso-moteurs.

Ces hémorragies nasales, dites essentielles, se montrent avec une fréquence variable suivant l'âge des individus; il est d'observation journalière que l'adolescence est le moment de la vie où les saignements de nez se manifestent en plus grand nombre : tous les médecins sont d'accord sur ce point.

Sorre écrit : « On voit l'épistaxis se reproduire plusieurs fois dans la journée, surtout à l'époque de la puberté, au moment où de grands changements s'opèrent non seulement du côté des organes génitaux, mais aussi dans toute l'économie. »

Viennot dit dans sa thèse : « L'enfance et l'adolescence sont les deux époques de la vie où l'on observe le plus souvent l'épistaxis ; autrement dit l'épistaxis est aussi fréquente dans la jeunesse qu'elle est rare dans la vieillesse. »

Enfin dans l'excellent *Manuel des maladies des fosses nasales* de Moure, nous lisons: « L'épistaxis spontanée ne se rencontre guère qu'au moment de la puberté. »

Mais si les auteurs s'entendent à reconnaître la grande fréquence des hémorragies nasales pendant l'adoles-

cence, ils différent d'opinion quand il s'agit de déterminer les causes générales qui favorisent, à cette période de la vie, le développement des épistaxis essentielles.

Les uns considérant certains phénomènes qui accompagnent parfois l'épistaxis, pesanteur de tête, céphalalgie frontale, vertiges, troubles de la vue, rapportent l'hémorragie nasale à un état pléthorique des individus; or, ces phénomènes ne tiennent pas à une congestion céphalique, ils sont dus à des réflexes nasaux.

Morell Mackensie écrit : « Lorsque le sang existe en quantité anormale chez les enfants pléthoriques, les hémorragies nasales ne sont pas rares; elles sont souvent précédées d'une sensation de plénitude dans la tête, de céphalalgie. »

Cloquet disait également dans son Osphrésiologie : « Parmi les causes de l'hémorrhinie, une des premières est le tempérament sanguin; aussi cette espèce d'hémorragie est-elle surtout fréquente à l'approche de la puberté spécialement. »

D'autres médecins et avec eux Germain Sée rattachent, au contraire, l'épistaxis à un état anémique; nous trouvons, dans le traité des anémies du professeur Sée, les lignes suivantes : « Chez les enfants, l'épistaxis est trop souvent méconnue dans ses effets; les parents l'attribuent aux lois de la circulation normale, les médecins l'envisagent comme le résultat de la pléthore, négligeant cette manifestation morbide qui est l'indice d'une débilitation générale de l'organisme. »

Chomel, Bazin, de Tresfort, Landouzy regardent l'épistaxis spontanée comme une manifestation de la goutte et du rhumatisme. Rendu soutient que les jeunes garçons qui saignent du nez sont des arthritiques, et il cite le cas d'un de ses camarades de collège, fils de goutteux, qui, de quinze à seize ans, fut pris d'épistaxis fréquentes et qui depuis est devenu hémorroïdaire.

Ajoutons enfin que le surmenage intellectuel, et dans un autre ordre d'idées, les coups sur le nez, les piqûres

avec l'ongle, les varices nasales, ont été mis en avant pour expliquer le grand nombre d'épistaxis qui survenaient au moment de la puberté.

II

Ces différentes causes, soit prédisposantes, soit occasionnelles, peuvent bien contribuer à la production de quelques épistaxis, nous ne saurions le nier; mais dans certains cas aussi leur action est bien problématique, surtout en ce qui concerne la pléthore et l'anémie. Alors il faut faire intervenir un autre facteur étiologique qui, chez les jeunes gens surtout, joue un rôle assez important que nous allons nous efforcer de faire ressortir. C'est le facteur génital, dont il n'est question dans aucun des travaux écrits sur le sujet, ni dans les traités de pathologie, ni dans les articles de dictionnaires, ni dans les thèses. Il nous semble donc utile de combler cette lacune; il nous paraît intéressant de montrer l'influence de l'élément génital dans le développement de certaines épistaxis.

Étant donné le mode de production des hémorragies nasales spontanées il est logique de penser que le phénomène réflexe, la turgescence du tissu érectile, et la rupture vasculaire peuvent à la rigueur aussi bien résulter d'une irritation génitale que d'une excitation cutanée, oculaire, intellectuelle. Mais il y a plus, l'intervention génitale mérite d'être mise en première ligne, elle se manifeste d'une façon toute spéciale, avec d'autant plus d'activité et de facilité qu'il existe une corrélation intime, une véritable sympathie, entre l'appareil de la reproduction et celui de l'olfaction.

Ces rapports physiologiques entre le nez et les organes génitaux ont été connus de tout temps, mais l'honneur d'avoir établi ces relations sur une base vraiment scientifique revient à John Mackenzie, qui en 1884 publia dans *The American Journal of medical sciences* un travail ayant pour titre: « De l'excitation de l'appareil sexuel, considérée

comme facteur dans la production des maladies du nez. »

Depuis lors Isch-Wall et Arviset, en étudiant le tissu érectile des fosses nasales ont apporté de nouveaux matériaux à l'édifice en construction. Arviset a fait sur la question une excellente thèse inaugurale (août 1887) et Isch-Wall a écrit d'intéressants articles dans le *Progrès médical* (septembre 1887).

Ces rapports intimes entre le nez et l'appareil reproducteur, rapports qui sont de même ordre que ceux existant entre les organes génitaux, la mamelle, le larynx, ont été remarqués dès la plus haute antiquité et J. Mackenzie rappelle que dans Ayurveda, le vieux classique indien, on trouve cité parmi les causes du rhume ordinaire, du coryza, l'*uxoribus concubitus.* Hippocrate écrit dans ses *De Morbis vulgaribus* : « Timochari hieme distillatione in nares prœcipue vexato post Veneris usum cuncta ressicata sunt. »

Celse conseille au début d'un rhume de cerveau d'éviter la chaleur et la femme.

Puis ce sont les poètes et historiens latins qui nous apprennent que ces relations entre le nez et les organes sexuels n'avaient pas échappé à l'observation des anciens.

On connaît le fameux distique :

Noscitur e labiis quantum sit virginis antrum,
Noscitur e naso quanta sit hasta viro.

Lampridius raconte dans la vie d'Héliogabal, que ce prince dissolu choisissait pour compagnons de ses infâmes débauches des jeunes gens dont le nez avait de grandes dimensions.

Virgile, dans l'*Énéide*, dit que le châtiment réservé aux femmes adultères était l'amputation du nez. « Truncas inhonesto vulnere nares. »

Une foule de proverbes anciens établissent la croyance populaire qu'un fort appendice nasal est le signe d'une grande puissance virile.

De tout temps les parfums, les odeurs ont été recher-

chés par les femmes et employés pour faire naître les désirs vénériens.

Prosper Alpinus rapporte ainsi une coutume égyptienne. « Mulieres unguent vulvam ambaro zibetho, sicque voluptatem coeuntibus conciliant. »

L'odorat, dit Cloquet, est en rapport immédiat avec les fonctions de la génération. Le soin que beaucoup de femmes mettent à se parfumer semble en être une preuve; celle qui est savante dans l'art de plaire ne vous laisse pénétrer jusqu'à elle, qu'après vous avoir préparé à l'effet de ses charmes par celui de l'odorat. »

Kirwan pense même que c'est à une cause semblable : « qu'il faut attribuer le soin que mettent les jeunes filles à orner leurs attraits et à en rehausser l'éclat par le moyen de fleurs, ainsi que l'empressement délicat avec lequel un tendre amant pare de fleurs le sein de sa maîtresse. »

La saison des fleurs, a écrit Cabanis, est en même temps celle des plaisirs et de l'amour. « Fulcite me floribus quia amore langueo » s'écriait déjà la jeune Sunamite du *Cantique des Cantiques*.

Il n'est pas douteux, dit Layet (*Dictionnaire encycl.*), que les fonctions génésiques soient celles sur lesquelles l'action des odeurs paraît se faire sentir le plus. Et ce fait, en dehors des exagérations maladives qu'une imagination débauchée peut lui prêter, est en concordance avec ce que l'on observe dans la nature. Chez les fleurs, l'odeur en attirant à elle les insectes chargés de pollen, concourt ainsi à la fécondation.

Chez certains animaux, l'approche du mâle est sollicitée par les odeurs que dégagent, au moment du rut, les glandes placées autour des organes génitaux; ces odeurs sont très pénétrantes dans certaines espèces, (civette, chevrotin, buffles, gorilles,) espèces sauvages qui ont le tissu érectile des fosses nasales bien plus développé que celui des animaux domestiques; aussi Arviset se demande avec raison si les corps caverneux des cornets ne sont pas

destinés à devenir turgescents au moment du rut, dans le but de déterminer le réflexe de l'érection.

Le docteur Rullier fait aussi judicieusement remarquer que certains hommes lascifs trouvent, dans l'influence qu'exerce le *smegma vulvæ* sur la pituitaire, le principe de dispositions très érotiques; de même l'odeur de l'homme réveille chez quelques femmes ardentes le besoin du plaisir.

Enfin, est-il besoin de rappeler les *Reniffleurs* de A. Tardieu? Tous ces faits sont plus que suffisants pour établir qu'une sensation olfactive détermine souvent l'excitation des organes génitaux.

Entre le nez et l'appareil reproducteur, il existe donc des relations intimes au point de vue physiologique; et maintenant que la première partie de la proposition est démontrée, il nous faut prouver que réciproquement une excitation génitale peut provoquer la turgescence du tissu érectile des fosses nasales.

Il est bien connu, dit Arviset, que lorsqu'un homme est en proie au désir vénérien, lorsqu'il est près d'une femme convoitée, ses narines se dilatent et deviennent battantes; sa respiration est accélérée, bruyante, tous phénomènes qui semblent pouvoir être rapportés à une obstruction partielle des fosses nasales par la muqueuse devenue turgescente. Plusieurs personnes interrogées sur ce point ont affirmé avoir eu de l'enchifrènement, de la gène de la respiration nasale.

Isch-Wall a fait également une petite enquête à ce sujet : plusieurs individus lui ont répondu que, après une nuit qui avait commencé par des excès vénériens, ils se réveillaient la langue sèche, ayant évidemment respiré par la bouche.

Stalpart Van der Wiel dit avoir connu un homme fort et robuste, qui était pris de trois ou quatre accès d'éternûments chaque fois qu'il caressait sa femme.

Elsberg rapporte le cas d'un individu atteint de catarrhe nasal, qui avait des éternûments après ou même

pendant chaque coït. Il ajoute qu'un fait semblable lui a été communiqué par le docteur Tilly, de Chicago.

Les rapprochements sexuels déterminent chez l'un de nos excellents confrères de la Gironde des éternûments spasmodiques qui l'importunent fort. Nous tenons ce renseignement de notre confrère, qui a depuis été traité par le docteur Moure.

En 1884, nous avons donné des soins à un négociant de Paris atteint d'asthme. En arrivant au Mont-Dore, cet homme jeune et vigoureux est en pleine santé; il nous dit qu'il n'a pas été oppressé une seule minute depuis trois semaines, moment où il a quitté sa famille. Pendant les quinze premiers jours de son traitement, pas la moindre trace de dyspnée; mais une crise d'asthme survient aussitôt que sa femme vient le rejoindre au Mont-Dore. Nous ne saisissons pas alors la vraie cause de la dyspnée. Mais l'année suivante, le malade vient de nouveau seul dans, la station, après avoir fait un voyage d'affaires; il respire parfaitement au début de la cure, et l'oppression le reprend encore avec l'arrivée de son épouse. Nos soupçons sont éveillés, nous interrogeons notre client, et il reconnaît qu'il ne peut faire des excès conjugaux sans être atteint d'un accès de suffocation qui débute par des éternûments et du larmoiement, symptômes indiquant bien l'origine nasale de l'asthme.

Un autre argument en faveur de notre thèse nous est fourni par l'apparition des phénomènes pituitaires qui se montrent chez certaines femmes aux époques menstruelles. Des personnes, aux moments des règles, ont le nez obstrué, avec accès d'éternûments, secrétion profuse, ou bien avec toux, migraine, asthme, gonflement et rougeur de la peau du nez, vertiges, tous symptômes qui ont pour point de départ la turgescence du tissu érectile. Ces manifestations se produisent régulièrement à chaque période menstruelle, elles sont surtout prononcées lorsque la crise est à son apogée, elles cessent en même temps que le flux cataménial. John Mackenzie,

qui a plusieurs fois fait l'examen rhinoscopique, au moment des accidents, a constaté la tuméfaction des cornets qui se montrait tantôt des deux côtés, tantôt d'un seul, pouvant varier avec les époques menstruelles.

Arviset a aussi examiné le nez de plusieurs personnes chez lesquelles il a observé pendant les règles la turgescence du tissu érectile.

Nous-même avons traité l'année dernière une jeune femme de vingt-trois ans qui, chaque mois, la veille de son époque, ressentait une violente douleur de tête à la région frontale, avec nausées et vomissements. Il y avait, en outre, de l'enchifrènement, des éternûments et une sécrétion nasale assez abondante. Nous avons nettement vu à plusieurs reprises que les cornets inférieurs augmentaient notablement de volume à l'approche des règles. Nous avons pu, par l'usage du galvanocautère, débarrasser la malade de ses céphalalgies périodiques, ce qui nous a prouvé que nous avions bien affaire à des réflexes nasaux, produits eux-mêmes par un réflexe ovarien.

L'observation clinique nous révèle du reste toute une série de faits qui démontrent bien l'influence du facteur génital sur le développement des affections nasales ; et John Mackenzie a insisté sur ce point important dans son savant mémoire.

L'éminent spécialiste de Baltimore a vu chez bon nombre de femmes atteintes de maladies nasales l'affection s'aggraver au moment des règles, ou par suite d'excès génitaux ; c'est ainsi que dans les cas d'ozène, l'odeur fétide est bien plus prononcée aux époques menstruelles, remarque qui avait été déjà faite par Trousseau.

L'abus des plaisirs sexuels intervient d'une façon nuisible sur les affections nasales existant déjà ; les personnes, par exemple, qui souffrent d'un coryza, constatent une augmentation des symptômes après une nuit consacrée à Vénus.

La coexistence d'une maladie de l'utérus ou des ovaires

exerce une action marquée sur la marche des affections nasales. Mackenzie a rencontré des cas où ces dernières, après avoir résisté à tous les traitements, furent maîtrisées lorsqu'il s'aperçut de la maladie concomitante des organes génitaux et qu'il dirigea contre elle un traitement spécial.

Bien plus, l'excitation sexuelle, portée au-delà de ses limites physiologiques, peut créer de toutes pièces un état inflammatoire chronique de la muqueuse nasale. Les phénomènes morbides, qui au début consistaient en des congestions et des inflammations passagères, par leur répétition et leur augmentation progressive, finissent par se fixer sur la muqueuse d'une façon permanente, et par altérer la structure des cornets. C'est ainsi que les masturbateurs invétérés sont exposés au catarrhe chronique, avec écoulement purulent et perversion du sens olfactif. *(A suivre.)*

ASPECT DU LARYNX ENVIRON VINGT ANS APRÈS L'EXTIRPATION PAR LA VOIE EXTERNE D'UN ÉPITHELIOMA DE CET ORGANE,

Par le Dr J. **SOLIS-COHEN**. M. D. Philadelphie (1).

Le 25 février 1868, en présence du regretté professeur S. D. Gross, du médecin du malade, feu le Dr John A. Atlee, de Lancaster; du regretté Dr Elsberg, du Dr R. J. Levis et d'autres, après avoir pratiqué l'anesthésie chloroformique, j'enlevai du larynx d'un malade âgé de trente ans une partie considérable de la bande ventriculaire et toute la muqueuse du ventricule gauche auxquels adhérait une masse morbide dont une partie enlevée par la méthode intralaryngée avait été reconnue comme étant un épithélioma par les histologistes les plus compétents de Philadelphie et de Washington.

J'avais fait usage des caustiques chimiques, j'avais enlevé des fragments avec les pinces, les détachant avec

(1) Traduit de l'anglais par le Dr J. Charazac.

le bistouri ou à l'aide du galvano-cautère; mais la tumeur s'accroissait en dépit de l'ablation de masses partielles et avait atteint un volume plus considérable que celui qu'elle présentait lors de mon premier examen; c'est ce qui me détermina à ce mode d'intervention. Je pratiquai la trachéotomie préventive et, ouvrant le larynx, j'enlevai par la voie externe, à l'aide d'instruments tranchants et de pinces, les végétations et la muqueuse du revêtement des ventricules, et je cautérisai tous les tissus sains avec une solution de nitrate acide de mercure (33 1/2 °/₀).

L'examen microscopique de la tumeur démontra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma.

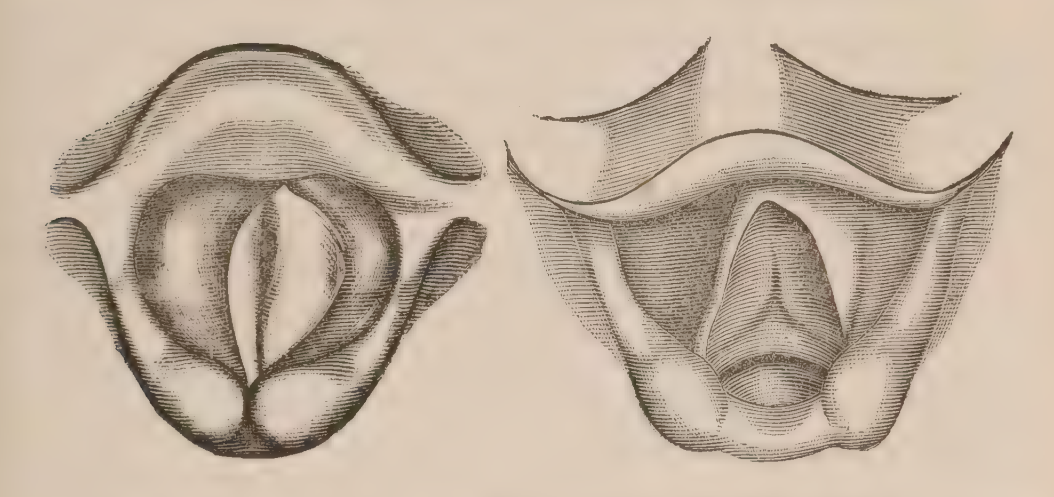
Le malade alla bien, et quelques mois plus tard, comme il n'y avait pas trace de récidive dans son larynx, j'enlevai la canule. Ce cas fut publié dans le *Medical Record* de New-York (p. 224, 15 juillet 1869) et dans mon *Traité des maladies de la gorge*, de 1872. Dans la seconde édition de ce traité (1879), je faisais observer que le malade vivait encore et qu'une survie aussi longue sans récidive me portait à croire, malgré l'examen microscopique, que je n'avais pas eu affaire à un épithélioma, mais à une tumeur bénigne.

Ayant observé que le malade n'était exempt de laryngite que lorsqu'il se trouvait dans le climat chaud et égal de l'intérieur des terres, je lui conseillai de fixer sa résidence dans une localité que je lui indiquai. Mon conseil fut suivi. Il fut d'ailleurs confirmé dans cette résolution par ce fait que chaque été, lors de ses visites en Pensylvanie, sa voix devenait rauque et il se produisait une certaine inflammation de la muqueuse, tandis qu'il était absolument indemne tant qu'il restait dans sa nouvelle résidence.

Il y a quelques semaines je fus appelé auprès de lui. Il avait la voix rauque et de la laryngite et était quelque peu effrayé par de récents articles de journaux. Une fois guéri de sa laryngite, sa voix devint très bonne, meilleure

qu'elle n'avait jamais été; elle n'était pas assez voilée pour attirer l'attention. D'ailleurs, la voix, lors de ses précédentes visites, « pouvait être entendue à un mille le long de la ligne de chemin de fer »; elle était donc très satisfaisante.

J'ai cru qu'une image de son larynx lors de ma dernière visite pourrait être intéressante, et mon collègue de la Polyclinique, M. le professeur Watson, a bien voulu me dessiner la planche ci-dessous.



On peut voir qu'un tissu nouveau s'est formé aux dépens de la paroi inférieure du ventricule qui a été en grande partie oblitéré par éversion. Ce tissu remplace la corde vocale gauche.

Comme je l'indiquai lors de la publication de ce cas (*loc. cit.*, p. 245), je suis en partie redevable de cet éclatant succès au professeur Gross qui, après l'ablation de la tumeur et l'arrêt de l'hémorragie, me suggéra d'enlever le ventricule tout entier et faire disparaître, comme il le disait dans son langage énergique, « jusqu'à l'atmosphère de la maladie ».

COMPTE RENDU DE LA 60e RÉUNION
DES
NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

(Tenue à Wiesbaden du 18 au 24 septembre 1887.)

SECTION D'OTOLOGIE

(Traduit de l'allemand par le Dr WAGNIER, de Lille) (1).

Séance du 20 septembre.

Présidence de M. le professeur Moos, d'Heidelberg.

M. Moos, d'Heidelberg. — **Sur les modifications du labyrinthe après la rougeole.**

Les recherches de l'auteur ont été faites sur un enfant mort de pneumonie au septième jour de la maladie, après le stade d'éruption.

Il divise les lésions labyrinthiques en deux groupes. Le premier comprend les troubles de la lymphe qui ont la plus grande analogie avec ce qu'il a déjà décrit dans la diphtérie : accumulation des cellules de la limphe qui remplissent tout l'espace atteint.

Le second groupe comprend les modifications des parois des vaisseaux sanguins et leur conséquence, la trombose. Cette trombose, produite par le ramollissement graisseux de l'endothélium, peut aboutir à l'oblitération complète. C'est à la trombose que l'auteur rapporte les diverses atrophies, les changements de forme des parties membraneuses, la nécrose et la métamorphose colloïde du tissu osseux. C'est elle aussi qui, selon lui, produit la dégénérescence cireuse du muscle de l'étrier que Zencker a décrite également dans le typhus.

L'auteur décrit aussi l'atrophie des extrémités nerveuses dans les taches et les crêtes des ampoules et dans le limaçon.

L'analogie des lésions observées avec celles de la diphtérie porte l'auteur à admettre l'action d'un micro-organisme qu'il n'a pu découvrir encore, mais ses recherches ne sont pas terminées.

(1) D'après le *Tageblatt der* 60 *Versammlung deutscher Naturforscher und aerzte in Wiesbaden*, 18-24 septembre 1887.

M. O. Wolf n'est pas tout à fait de l'avis de M. Moos, relativement à la fréquence des maladies de l'oreille dans la rougeole. Il n'a jamais observé de lésions labyrinthiques graves après cette affection.

M. Körner, de Francfort. — **Sur certains rapports topographiques importants du temporal liés à la conformation du crâne.**

Ce travail a déjà paru dans le *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, 1886.

M. Guye, d'Amsterdam. — **Sur l'aprosexie ou incapacité de fixer son attention sur un objet déterminé, comme conséquence des troubles nasaux.**

L'auteur décrit l'aprosexie comme un trouble de l'activité cérébrale consécutif à l'obstacle apporté à la respiration nasale par diverses causes : tumeurs adénoïdes du naso-pharynx, polypes du nez, etc.

Il cite, par exemple, le cas d'un enfant de sept ans qui ne put, pendant un an, apprendre que les trois premières lettres de l'alphabet et qui apprit toutes les autres en une semaine, aussitôt après l'ablation de tumeurs adénoïdes.

Ce qui caractérise l'aprosexie et la différencie de la distraction simple, c'est que les malades qui peuvent lire, par exemple, dix fois le même article de journal sans savoir ce qu'ils ont lu, ne pensent pas en même temps à autre chose.

L'auteur cherche à expliquer les symptômes qu'il expose par l'obstacle apporté à l'issue de la lymphe cérébrale par la pression exercée sur la muqueuse.

Il s'établirait ainsi, selon lui, une sorte de surmenage par rétention donnant lieu aux mêmes symptômes que l'épuisement dû à la fatigue cérébrale.

Il croit, d'après son expérience personnelle, que les troubles de la respiration nasale prédisposent à l'aprosexie scolaire et attire sur ce sujet l'attention de la pédagogie.

M. Hartmann confirme complètement l'opinion de M. Guye.

M. Roller, de Trèves, rapporte des cas de névralgies avec irradiations consécutives à des maladies du nez.

M. ROHRER, de Zurich, dit qu'il est à désirer qu'on ne confonde pas les symptômes intellectuels que peuvent produire les maladies nasales avec la dépression psychique qui accompagne l'âge de la puberté.

M. KUHN place au premier rang, dans ces cas, les troubles de la nutrition de la puberté.

M. GUYE attire de nouveau l'attention sur l'importance du succès immédiat de la médication locale, au point de vue de la détermination de la cause des symptômes décrits.

Séance du 21 septembre.

Présidence de M. le professeur KUHN.

M. HARTMANN, de Berlin. — **Sur la formation des kystes du pavillon de l'oreille.**

L'auteur a déjà montré qu'une partie des tumeurs du pavillon signalées par les auteurs comme des hématomes n'en étaient pas. Il a observé quatre nouveaux cas qui confirment l'opinion qu'il a précédemment émise.

Dans ces quatre cas, il s'agissait de sujets à l'âge moyen de la vie, vigoureux, dont la nutrition était bonne, l'état mental normal; aucun n'avait éprouvé de traumatisme local, et la maladie s'était développée sans aucun symptôme inflammatoire.

M. JACOBY, de Magdebourg, a observé deux cas semblables, il croit qu'il y avait eu antérieurement de la périchondrite.

M. KESSEL, qui a observé un cas de kyste, croit pouvoir en rapporter la production à une bourse synoviale.

M. TRUCKENBROD, de Hambourg, a observé que dans l'othématome le périchondre se détache facilement, mais qu'il est au contraire très adhérent dans le kyste.

M. KEIMER, de Dusseldorf, cite une malade qui, très nerveuse, vit survenir après de vives douleurs sur le trajet du nerf auriculo-temporal un herpès devant l'oreille, et quelques jours après, un gonflement de la conque qui se développa sans douleur, devint fluctuant et contenait un liquide jaune,

visqueux. Il s'agissait ici de troubles vaso-moteurs auxquels il faut attribuer, sans doute, d'autres cas analogues à ceux cités par M. Hartmann.

M. Hartmann. — **Du traitement des tumeurs naso-pharyngiennes.**

L'auteur expose sa méthode qui consiste à attaquer ces tumeurs avec le thermo-cautère de Paquelin. Il protège les parties saines au moyen d'un tube métallique, comme le spéculum de Zaufal, qu'il entoure d'ouate mouillée.

M. Gottstein dit qu'il a déjà indiqué cet emploi du spéculum de Zaufal pour détruire les tumeurs naso-pharyngiennes. Il employait comme caustique un galvano-cautère volumineux.

M. Wolf, de Francfort. — **Des rapports des maladies de l'oreille avec les maladies générales.**

L'auteur a cherché à établir l'étiologie générale des maladies de l'oreille, sujet d'ensemble qui n'a jamais été traité et pour lequel les indications qu'on trouve éparses dans une foule de travaux particuliers sont fort incomplètes.

L'auteur parle d'abord des maladies générales qui ont une influence pathogène sur l'appareil conducteur du son.

La grippe est de beaucoup la maladie générale qui occasionne le plus grand nombre d'affections de l'oreille, et cela par propagation du catarrhe naso-pharyngien ; les otites qui en résultent sont généralement de forme légère et, avec un traitement approprié, il est rare qu'elles deviennent purulentes.

La pneumonie catarrhale des enfants détermine souvent des altérations plus graves ; elle occasionne aussi parfois des exsudats labyrinthiques avec surdité prononcée persistante et des troubles de l'équilibre d'une durée très longue.

La pneumonie fibrineuse des adultes se complique plus rarement d'affections auriculaires. Cependant l'auteur a remarqué que le plus grand nombre des affections aiguës de l'oreille se produisent aux mêmes époques que les pneumonies,

et il se demande si ce ne sont pas les mêmes microcoques qui produisent ici la pneumonie et l'otite moyenne aiguë.

La scrofule et la tuberculose ont une influence dont les manifestations sont presque aussi fréquentes que celles de l'influenza, et, d'autant plus, que les enfants qui ont une tendance à ces diathèses sont, au cours des maladies exanthématiques, beaucoup plus souvent que les autres, atteints de complications auriculaires. L'auteur est porté à considérer bon nombre d'affections mastoïdiennes à foyers caséeux comme dépendant de la tuberculose osseuse.

La tuberculose miliaire aiguë peut produire rapidement la nécrose de la chaîne des osselets.

Dans la rougeole, les affections de l'oreille, analogues à celles qui se montrent dans la grippe, n'ont guère d'issue fâcheuse que chez les enfants cachectiques.

A propos de l'otite scarlatineuse, l'auteur se borne à relater deux observations de cas dans lesquels la scarlatine se déclara au cours d'une otite moyenne aiguë en voie de guérison, dans un cas, le seizième, dans l'autre le treizième jour, après le début de l'inflammation. Les symptômes s'aggravèrent aussitôt, et, dans l'un des cas, on dut trépasser l'apophyse mastoïde.

Quant à la diphtérie de l'oreille moyenne, la littérature médicale s'est enrichie depuis quelque temps de nombreux travaux ; les récentes découvertes de Moos nous apprennent que le labyrinthe peut être atteint sans aucune lésion de l'oreille moyenne et anéanti dans ses fonctions par la coagulation de la lymphe. Toutefois, dans un certain nombre des cas observés par Moos, il y avait de l'exsudat dans la caisse.

L'auteur a aussi observé dans les oreillons le catarrhe exsudatif de la caisse : la surdité disparut avec l'exsudat; dans d'autres cas, il observa après la disparition des oreillons une surdité labyrinthique complète.

Les affections de la caisse sont fréquentes dans le rhumatisme aigu, et l'auteur se demande pourquoi on n'admettrait pas que le rhumatisme peut atteindre les articulations des osselets.

Trautmann et d'autres encore ont observé des épanchements sanguins dans le revêtement de la caisse à la suite d'embolies, M. Wolf croit qu'il s'agissait d'une lésion semblable dans un cas d'endocartite qu'il observe encore actuellement.

L'auteur traite ensuite de l'influence du diabète et pense qu'il faut lui attribuer un certain nombre d'affections de l'appareil conducteur qu'on observe à l'âge moyen de la vie et au-delà.

Dans la seconde partie de sa communication, M. Wolf étudie l'action de certaines maladies générales sur l'appareil récepteur du son. Il étudie, à ce point de vue, la méningite, la méningite cérébro-spinale, le typhus, la leucémie, la syphilis, la chlorose et l'anémie, les intoxications par la nicotine, le mercure, le plomb, et mentionne enfin l'influence des parturitions trop nombreuses et à de trop courts intervalles.

M. Kuhn, de Strasbourg. — **Sur la carie du temporal et le prolapsus du cervelet.**

Il s'agit d'une tumeur observée chez une fille de huit ans, qui, à la suite d'une carie de la caisse de longue durée, avait perdu toute la partie mastoïdienne du temporal et une portion de l'occipital. La tumeur, de la grosseur d'une pomme, faisait hernie par l'ouverture osseuse. Elle était molle, présentait des pulsations faibles et ne donnait lieu, par la pression, à aucun phénomène nerveux. La tumeur fut enlevée sans aucune manifestation cérébrale et les suites parurent heureuses jusqu'au dix-huitième jour ; mais, à ce moment, il se manifesta de la fièvre, de la prostration, des symptômes méningitiques et la mort survint le vingt-huitième jour après l'opération.

On trouva à l'autopsie une perforation de la paroi supérieure de la caisse qui avait été le point de départ de la méningite purulente.

L'auteur étudie le cas et rapporte des exemples tirés de la littérature médicale de prolapsus du cerveau consécutifs à

des lésions traumatiques dans lesquels l'ablation des parties cérébrales herniées fut faite avec succès.

M. Kuhn. — **Des cholestéatomes de l'oreille.**

La question du mode de développement des cholestéatomes de l'oreille est toujours controversée. Les anatomo-pathologistes les considèrent comme de véritables tumeurs, issues des os ou des parties molles, comme les tumeurs perlées des os du crâne ou des méninges ; les médecins auristes, au contraire, les regardent comme formés, dans l'immense majorité des cas, par la rétention de produits inflammatoires accumulés et agglomérés formant un noyau autour duquel viennent se déposer des couches concentriques de cellules épidermiques pavimenteuses mêlées de cristaux de cholestérine.

Trœltsch reconnaît qu'on voit parfois de véritables tumeurs perlées primitives de l'oreille, mais qu'elles sont beaucoup plus rares que celles dont le mode de développement vient d'être indiqué. Lucæ et Schwartze en ont, chacun de leur côté, décrit un cas, dans lesquels il n'y avait eu aucune inflammation ni perforation tympanique préalable.

Wendl les considère comme un produit de desquamation inflammatoire de l'oreille moyenne dont l'épithélium prend une forme épidermique.

L'auteur présente les pièces anatomiques de cinq cas, de l'examen desquels il tire la conclusion que l'opinion des auristes est beaucoup trop exclusive, que d'ailleurs cette formation de masses de cholestéatome autour d'un noyau purulent desséché consécutive à l'irritation de voisinage est sans analogue dans l'économie.

Il pense que dans une première période ces tumeurs peuvent avoir été congénitales ou s'être développées à une époque très peu avancée de la vie, qu'elles s'accroissent lentement sans donner lieu pendant un très long temps à aucun symptome pathologique ou même fonctionnel, et, qu'enfin, à la suite de quelque influence nocive, sans doute d'origine tubaire, le néoplasme est irrité, s'enflamme, produit la sup-

puration, la perforation, du tympan et finalement, des désorganisations pyémiques ou autres qui entraînent la mort des malades. M. Bartz soutient qu'il est impossible de considérer le cholestéatome comme une véritable tumeur de l'oreille, car il n'a aucune vascularisation.

Séance du 21 septembre.

Présidence de M. Haktmann, de Berlin.

M. Hessler. — **De l'otite infectieuse.**

L'otite infectieuse reconnaît pour cause l'introduction dans le conduit auditif, à la suite d'une excoriation, de micro-organismes de la malignité desquels dépend celle de la maladie. L'auteur en cite dix-sept cas. Les symptômes furent des frissons, de la fièvre, l'abattement et un fort gonflement autour et surtout devant et derrière l'oreille. Le diagnostic est plus ou moins difficile, souvent les malades indiquent eux-mêmes la cause. La difficulté est grande quand l'otite infectieuse vient se greffer sur une autre inflammation de l'oreille.

On confond souvent l'otite infectieuse avec le furoncle. Il faut la soupçonner quand la maladie s'arrête sans produire de pus. Dans deux cas l'incision profonde ne donna lieu qu'à l'issue de peu de sang, et pas de pus. Cependant le débridement des tissus enflammés et tuméfiés amena une amélioration notable.

Les saignées locales, les cataplasmes chauds et froids, l'incision, sont souvent restés sans effet. Contre les démangeaisons, il conseille les bains locaux de sublimé, préférablement à l'alcool absolu.

M. Kessel, d'Iéna, et M. Katz, de Berlin, confirment les données de M. Hessler en rapportant quelques observations caractéristiques d'otite infectieuse à la suite de l'usage de spéculums malpropres.

M. Kessel recommande l'introduction de tampons d'ouate imbibés d'une solution alcoolique de sublimé au millième.

M. A. Bartz, de Berlin. — **De la détermination de l'acuité auditive.**

L'auteur conclut que les méthodes usuelles qui consistent à déterminer l'acuité auditive par la distance à laquelle on entend un son ou par la durée de l'audition d'un diapason sont les plus pratiques, parce qu'elles sont relativement simples, parce qu'aussi bien que les autres méthodes elles sont précises et reposent sur une base scientifique.

M. Rohrer, de Zurich. — **Observations bactériologiques de maladies de l'espace naso-pharyngien et de l'oreille.**

L'auteur a trouvé dans quatre cas d'accumulation de cérumen, une fois des cocci de petite dimension, dans un second cas de petits bacilles.

Dans cinq cas de suppuration de l'oreille moyenne, il a trouvé après culture dans l'agar-agar des bacilles de grandeur moyenne. Dans deux cas, il y avait de plus de petits cocci.

Dans l'ozène il a trouvé des monococci et des diplococci de moyenne grandeur, des monococci remarquablement gros, des bacilles de moyenne grandeur répondant comme dimension à ceux observés dans les cultures du pus de la caisse, des bacilles plus gros, et d'autres qui paraissent analogues à celui dont la description se trouve dans la bactériologie de Frankel et qui se montre dans la fermentation butyrique.

Dans la rhinite non fétide, il a trouvé de petits bacilles et les staphylococcus pyogènes, albus citreus et aureus de Rosenbach à côté l'un de l'autre.

Dans les cultures secondaires d'ozène on pouvait constater l'odeur fétide.

Il a trouvé en outre, dans l'ozène, des filaments de leptothrix.

M. Hessler. — **Affections mastoïdiennes chez les enfants.**

M. Hessler admet, à côté de l'otite moyenne, purulente une

troisième variété qui n'atteint la muqueuse que d'une manière secondaire, et se développe primitivement et spécialement dans les os. Cette ostéite répond à l'ostéomyélite, elle ne peut se produire que dans des os en voie de croissance. L'exsudat de la caisse est symptomatique, secondaire, comme un épanchement articulaire au voisinage d'une ostéomyélite.

L'auteur en a observé deux cas remarquables dans lesquels la trépanation de l'apophyse mastoïde fut faite. Les vacuoles osseuses du diploé étaient remplies de granulations molles, lardacées blanc-jaunâtre. La cicatrisation fut très lente à s'établir dans le premier cas; dans l'autre, une seconde intervention fut nécessaire.

On trouva, cette fois, l'os carié profondément et il n'y a jusqu'à présent aucune tendance à la cicatrisation de la fistule osseuse.

La consistance de l'exsudat qui était séro-fibrineux ne permet pas d'admettre une otite purulente ordinaire. De plus l'os n'était pas, comme dans l'empyème, carié en un point déterminé et circonscrit, mais avait subi un véritable ramollissement carieux; l'opération ne mit pas à jour une quantité appréciable de pus véritable et enfin la marche de la cicatrisation fut toute différente.

L'auteur préconise un traitement énergique si les saignées locales et la glace restent sans effet; on ne doit penser qu'à l'incision de Wilde pour la forme périostique et à la trépanation pour la forme profonde de l'affection.

Dr WAGNIER.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons de clinique chirurgicale par le professeur LANELONGUE (recueillies par le Dr Piéchaud) (1).

Le livre que présente au public médical le savant professeur de clinique chirurgicale de notre faculté est en grande partie consacré à l'étude d'affections qui sortent de notre cadre limité. Toutefois il est plusieurs leçons qui se rattachent

(1) Paris, Masson, éditeur; et Bordeaux, Féret, éditeur, 1888.

assez directement à notre spécialité, et le lecteur trouvera encore à glaner dans ces cliniques si clairement exposées et où sont pas à pas discutés le diagnostic et le traitement de chaque malade tout autant que de la maladie.

La vingtième leçon consacrée à l'épithélioma du canal nasal la vingt-deuxième à deux ulcérations de la langue, les vingt-troisième et vingt-quatrième aux cancers et angiomes de la langue et la vingt-cinquième aux kystes congénitaux du cou, sont de véritables monographies cliniques sur ces différentes affections.

L'observation détaillée du malade, la description minutieuse de la lésion dont il est porteur, telles sont les données sur lesquelles est faite chaque leçon, pratique au premier chef. La simplicité d'exposition du sujet, le style pur et concis, le classement méthodique de chaque affection pouvant offrir des analogies avec celle envisagée par l'auteur, telles sont autant de qualités maîtresses qui font lire cet ouvrage avec plaisir et, par conséquent, avec fruit.

Guide pratique des maladies de la gorge et du nez (*A practical Guide of the disseaes of throt and nose*) *par* le Dr Lennox-Browne (2e édit. Londres 1887) (1).

Disons d'abord que cette deuxième édition du livre de M. le Dr Lennox-Browne, complètement refondue et mise au courant des nouveaux progrès de la science, est avant tout un véritable recueil clinique où l'auteur a consigné les résultats d'une expérience déjà longue. La plupart des chapitres sont traités sans prétention aucune ; presque chaque page contient un dessin représentant la lésion décrite par l'auteur. Son crayon habile a su retracer fidèlement l'image des différentes altérations dont peut être le siège la muquese supérieure des voies aérienne ou digestive.

Après quelques pages consacrées à l'anatomie de la gorge et du nez, à l'examen de ces parties et aux instruments nécessaires pour atteindre ce but, l'auteur consacre un chapitre à

(1) Baillère, Tindall et Co, éditeurs à Londres.

la séméiologie, à la thérapeutique générales et un autre à l'étiologie et à la pathologie générales des différentes maladies suceptibles d'atteindre ces organes. Les affections du pharynx (de la luette, des amygdales) forment le prélude à l'étude des laryngopathies.

On comprendra que nous ne suivions pas l'auteur dans la description qu'il fait de chaque maladie de l'organe de la voix ou du pharynx nasal.

Il nous suffira simplement d'ajouter qu'écrit à un point de vue pratique ce livre ne contient aucune longue discussion théorique et que, tout en exposant ses vues personnelles, l'auteur ne néglige pas celles de ses confrères. C'est ainsi qu'il cite, chemin faisant, les principaux travaux sur la question dont il s'occupe, faisant suivre chaque chapitre d'un petit index bibliographique, forcément incomplet.

Peut-être le chapitre des névroses du larynx pourrait-il contenir quelques indications plus précises sur les paralysies isolées des muscles du larynx, le chapitre des complications laryngées des fièvres éruptives nous a également paru un peu trop court. Mais rappelons-nous bien que c'est avant tout un livre *pratique* qu'a voulu faire l'auteur et disons en terminant que ce but est parfaitement atteint.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Étude anatomique et clinique de la glande de Luschka

(Angine de Tornwaldt), par le Dr Edouard Enjabran (1).

Les deux premiers chapitres de ce travail inaugural sont consacrés, l'un à l'historique de la question et l'autre à l'anatomie et à l'histologie de la glande dite de Luschka. Dans un troisième chapitre sont étudiées les causes de l'angine de Tornwaldt. C'est une affection chronique due à l'irritation fréquemment renouvelée de la muqueuse du pharynx. Aussi

(1) A Paris; A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.

la rencontrera-t-on chez les personnes souvent exposées au froid, chez celles qui ont pour habitude de respirer par la bouche. Elle pourra encore résulter de l'abus des boissons alcooliques, de la fumée du tabac, des poussières minérales. Certaines professions, certaines diathèses y prédisposent beaucoup. On comprendra facilement pourquoi elle se manifeste de préférence chez les adultes.

Comme symptômes, on distingue deux sortes de signes : les uns *objectifs*, les autres *subjectifs*. Les premiers se traduisent par de la rougeur de la muqueuse qui est en même temps granuleuse, épaissie, avec des élevures inégales, isolées et parfois dépouillées de leur épithélium. On trouve aussi sur la paroi postérieure du pharynx des mucosités dont la persistance en un seul point, après *ramonage* sérieux, décèle la situation de la glande ; parfois même on peut à ce niveau constater l'existence d'un kyste.

Les signes subjectifs se peuvent diviser en troubles locaux (sensation de sécheresse au naso-pharynx) et en troubles fonctionnels. Ceux-ci comprennent : les modifications de la muqueuse nasale, les affections auditives, la pharyngite granuleuse, la laryngite chronique, l'asthme pulmonaire, le catarrhe *gastrique* et diverses névralgies.

Quant au diagnostic, il se fera le miroir à la main, et de la sorte on pourra *de suite* constater l'affection. Il suffit de signaler l'ozène et le catarrhe naso-pharyngien pour éviter la confusion avec ces affections.

Le traitement pourra être palliatif et consister dans l'emploi de simples *topiques*, tels que : irrigations nasales, insufflations de poudres astringentes ; mais, hâtons-nous de le dire, ces moyens sont absolument impropres à faire complètement disparaître l'affection. L'angine de Tornwaldt, en effet, ne cédera qu'aux seules cautérisations, et celles-ci seront faites pour la majeure partie au galvano-cautère, quelques-unes avec le nitrate d'argent. L'affection est-elle liée à une diathèse, on instituera un traitement général approprié ; l'auteur n'hésite pas à recommander les sulfureux, les influences qui ont été le plus souvent accusées étant d'origine arthritique ou

strumeuse. C'est, en somme, un bon exposé de ce que l'on sait sur la question depuis le travail de Tornwaldt. (*Thèse de Paris*, 1887.) M. Natier.

Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne. (*Adenoïde Vegetationen des Nasennachenraumes*), par le Dr Lublinski.

M. Lublinski, après avoir donné la définition des végétations adénoïdes et rappelé l'histoire de ces tumeurs, indique l'opinion de Trautmann qui considère comme cause prédisposante la tuberculose chez les ascendants, et celle des auteurs qui veulent voir une liaison entre la scrofule et les végétations adénoïdes.

Les exanthèmes, la coqueluche, les catarrhes fréquents paraissent avoir sur leur production quelque influence.

Suit l'exposé des symptômes cliniques de cette affection et du traitement qui leur est applicable. C'est un simple exposé de ce que l'on sait sur ce sujet. (*Deutsch. med. Zeit.*, nº 24, 24 mars 1887.) M. N.

Les tumeurs adénoïdes du pharynx et la laryngite striduleuses, par le Dr Coupard.

L'auteur, médecin de l'hôpital Péreire et du Collège Stanislas, a pu observer un grand nombre de malades atteints de végétations adénoïdes, il a aussi rencontré beaucoup de sujets présentant des accidents striduleux et il cherche à établir des rapports de cause à effet entre les deux affections.

Il étudie d'abord la symptomatologie des tumeurs adénoïdes, puis s'occupe de la pathogénie des phénomènes striduleux; il rappelle que le stridulisme était, suivant Hamilton et Kopp, dû à la persistance et à l'hypertrophie du thymus, il repousse cette doctrine et immédiatement aborde l'examen de l'origine nasale des phénomènes, sans discuter et combattre les théories qui rapportent le spasme laryngé à l'adénopathie trachéo-bronchique ou à des symptômes congestifs, inflammatoires de la muqueuse laryngée.

Puis Coupard trace, d'après Grisolle, le tableau d'un accès de faux croup, le rapproche de certains phénomènes dyspnéiques nocturnes signalés chez les enfants portant des végétations

adénoïdes, et dit : « Il n'est pas nécessaire de forcer les analogies pour arriver à cette idée que deux complexus également soudains, comparables dans leur ensemble et dans leurs particularités, doivent avoir souvent la même origine, ce que j'ai vu me porte à le croire; chez cinquante-six malades atteints de végétations, j'ai relevé quarante-cinq fois la laryngite striduleuse. Cette statistique me paraît probante. » Et l'auteur conclut que chez un grand nombre d'enfants une simple laryngite catarrhale prend le caractère spasmodique par suite de l'existence antérieure de végétations adénoïdes, et que beaucoup d'accès striduleux se rapportent à des crises nocturnes de suffocation liées à des végétations adénoïdes.

Les déductions de l'auteur sont-elles bien rigoureuses, la doctrine soutenue repose-t-elle sur des preuves bien convaincantes, l'avenir nous le dira. (*Revue de clinique et thérapeutique*, 7 juillet 1887.) J. Joal.

Aprosexia, c'est-à-dire l'incapacité de fixer son attention sur un objet voulu, comme suite d'affections nasales, par le Dr Guye, d'Amsterdam.

Le simple coryza déjà donne des maux de tête, de la lourdeur, et rend la pensée impassible. Cette impassibilité augmente encore dans les cas d'obturation chronique du nez. Un garçon âgé de sept ans ne pouvait, pendant toute une année, qu'apprendre les trois premières lettres de l'alphabet; après l'extirpation des végétations adénoïdes dont l'enfant était affecté, il apprit en une semaine le reste de l'alphabet. L'auteur, après avoir cité plusieurs de ces exemples, explique cette « aprosexia » comme un symptôme de fatigue, d'épuisement du cerveau, tout comme Bastiau affirme qu'à un certain âge tout le monde est affecté d'aphasie. Pour la compression de la muqueuse nasale, l'écoulement de la lymphe provenant du cerveau est empêché; car il existe une communication entre la muqueuse nasale et les cavités lymphatiques de la piemère. Cette « aprosexia » augmente par l'accroissement de travail dans les écoles. Les maîtres d'écoles devraient faire attention sur la façon de respirer des enfants; dans la

plupart des cas, on trouvera que les élèves arriérés dorment la nuit la bouche ouverte. Après avoir raconté l'histoire d'un élève qui, après avoir été opéré de ses végétations adénoïdes, était devenu capable d'apprendre les mathématiques, l'auteur propose de faire des subdivisions de l'aprosexia, telles que aprosexia mathématica, aprosexia historica. (*Soixantième Congrès des médecins et naturalistes allemands, à Wiesbaden section de psychiatrie et de né-urologie.*) Dr WAGNIER.

De l'emploi de la cocaïne comme hémostatique dans le traitement de l'épistaxis et en rhino-chirurgie, par le Dr A. RUAULT.

La cocaïne n'est pas seulement un anesthésique local, elle est aussi un vaso-constricteur local, car la diminution de volume de la muqueuse nasale produite par cet agent est due à la déplétion rapide du tissu érectile sous-muqueux.

Ces deux propriétés de la cocaïne sont indépendantes l'une de l'autre, la disparition de la sensibilité n'est pas due à l'anémie locale, puisque des tissus dépourvus de vaisseaux, ceux de la cornée par exemple, sont anesthésiés avec la plus grande facilité.

L'effet vaso-constricteur n'est pas dû à une action directe sur les vaisseaux. Bosworth a noté que cette action porte uniquement sur les sinus veineux et qu'elle est nulle sur les capillaires. En effet, la muqueuse nasale cocaïnée n'est pas plus pâle qu'avant le badigeonnage, et il est alors probable que cette déplétion sanguine tient à une action réflexe, se faisant sentir sur les artérioles et les fibres lisses du tissu érectile.

Ruault emploie depuis deux ans avec succès la cocaïne comme hémostatique, et il se sert de solutions à 20 et 30 0/0. Il imbibe un tampon de ouate du liquide et le laisse dans la fosse nasale pendant cinq minutes au moins. Dans les épistaxis spontanées, le tampon doit rester deux ou trois heures en place. L'auteur a ainsi arrêté un certain nombre d'hémorragies; l'une des malades avait dû antérieurement se soumettre au tamponnement.

L'emploi de la cocaïne fait aussi cesser les hémorragies qui suivent les opérations nasales, l'ablation des polypes muqueux par exemple. (*France Médicale*, 1er octobre 87.)

J. Joal.

De l'inflammation croupeuse de la muqueuse nasale. (*Uber croupöse Entzündung der Nasenschleimhaut*), par le Dr W. Moldenhauer, de Leipzig.

L'auteur vient ajouter de nouveaux cas à ceux que Hartmann a publiés récemment. (*Deutsche medic. Woehenschr.* 1887, no 29).

Les symptômes subjectifs sont les mêmes que ceux du coryza aigu, mais ils sont beaucoup plus intenses; du reste, à un examen attentif, le diagnostic s'impose tellement qu'il est étonnant que cette affection n'ait pas encore été décrite.

La cause réside-t-elle dans l'action du refroidissement, l'irritation directe, ou est-elle de nature spécifique? C'est ce que ni les observations d'Hartmann ni celles de l'auteur n'établissent; il est vrai qu'il y a eu à Leipzig dans cette dernière année un plus grand développement de l'endémie diphtéritique, mais l'examen le plus précis ne permit pas d'admettre une extension du croup du pharynx vers le nez. D'ailleurs on sait depuis longtemps que la diphtérie nasale appartient aux formes les plus graves de la maladie, on considère même cette complication comme l'indice d'une issue fatale.

Au contraire, dans trois des cas observés il n'y avait aucun autre trouble local ou général. Seule, une petite fille de neuf ans avait présenté quelques plaques sur les tonsilles, mais le naso-pharynx resta intact et il n'y eut de fièvre ni dans ce cas ni dans les trois autres.

L'examen rhinoscopique peut seul faire distinguer cette affection d'un coryza intense.

Les fausses membranes épaisses, d'aspect gélatineux, ressemblent à certains polypes muqueux aplatis. Elles adhèrent plus ou moins à la muqueuse sous-jacente suivant l'époque de leur évolution. Elles se reproduisent quand on les détache

prématurément; cependant le processus morbide se termine spontanément en huit à dix jours.

Ces membranes se montrent, à l'examen microscopique, en tout semblables à celles du vrai croup.

Quant au traitement, l'auteur repousse celui d'Hartmann, arrachement des fausses membranes et applications sur la muqueuse mise à nu de poudre d'iodoforme; il préconise, au contraire, les pulvérisations chaudes de liquides désinfectants. (*Monatsc. für ohrenheilk.* 1887, n° 9).

D[r] WAGNIER (de Lille).

Corps étranger des fosses nasales; extraction (*A foreign body in the nasal cavity, removal*), par le D[r] J.-A. STUCKY.

La malade vient trouver le D[r] Stucky, le 20 novembre 1886. Cinq mois auparavant, elle s'était logée dans le nez une épingle à cheveux qu'un médecin avait essayé d'extraire. La tentative n'avait eu d'autre résultat que de faire beaucoup souffrir la malade. Comme elle n'était nullement incommodée par la présence du corps étranger, elle s'était résignée à la garder, mais elle éprouva bientôt de vives douleurs dans l'œil et la joue du côté droit : les parties étaient gonflées et très sensibles à la pression; il lui semblait sentir un corps étranger presser contre les parties supérieures de sa gorge. L'examen rhinoscopique révèle un gonflement considérable de la cloison et des cornets moyens et inférieurs droits, la fosse nasale droite est complètement obstruée.

La rhinoscopie postérieure permet de constater un gonflement des cornets, surtout des cornets supérieurs et moyens, pas assez considérable cependant pour obstruer complètement le choane

A l'aide d'une solution de cocaïne à 10 0/0, on se rend maître du gonflement, et l'auteur, à l'aide de fines pinces nasales, va à la recherche du corps étranger. Il était logé tout à fait à la partie supérieure des fosses nasales. Toutes les tentatives d'extraction par la partie antérieure furent infructueuses; on dut, pour l'entraîner, le repousser jusque dans la cavité naso-pharyngienne : on put alors le saisir avec des

pinces retro-nasales et l'extraire par la bouche. C'était une épingle à cheveux ordinaire, longue de deux pouces, (*The Amer. pract. news.* mars 1887.) D[r] J. Ch.

De l'ozène.

M. Hajek croit, d'après ses recherches, que les bactéries du nez pourraient bien jouer un certain rôle sinon dans l'étiologie de l'ozène, du moins dans la production de l'odeur infecte à laquelle il donne lieu. Il a trouvé dans la sécrétion de l'ozène un coccus très semblable au coccus capsulé de Friedlander. Ce coccus paraît du reste se rencontrer dans toutes les affections du nez; c'est pourquoi on ne saurait lui accorder une action spécifique. On trouve presque constamment dans l'ozène un bacille court qui décompose les matières organiques en développant une odeur infecte; il a des propriétés pathogènes considérables; son inoculation dans le nez n'a eu aucun résultat. En terminant, M. Hajek fait remarquer que l'ozène est le résultat de plusieurs facteurs.

MM. Weichselbaum et Paltauf protestent contre l'opinion exprimée par M. Hajek sur le bacille de Friedlander, qui doit être absolument regardé comme cause de la pneumonie.

M. Roth n'a jamais vu une rhinite chronique se transformer en ozène. Le caractère de ce dernier serait vraisemblablement dû à ce qu'il existe dans la sécrétion, d'après Krause, une graisse dont la décomposition donnerait lieu à l'odeur infecte qui caractérise la maladie. (*Lettres d'Autriche*, 12 nov. 1887; *Sem. méd.*, 16 nov. 1887.)

M. Natier.

De l'empyème de l'antre d'Highmore (*Ueber das Empyem der Oberkiesferhœhle,*) par le D[r] B. Frænkel.

L'empyème de l'antre d'Highmore serait le plus fréquemment, d'après Frænkel, consécutif à l'altération des dernières molaires; ce n'est qu'à titre d'exception qu'on le verrait débuter du côté du nez, comme l'admettent Zuckerkandl et Hunter.

Cette maladie est relativement assez fréquente. Après

réplétion du sinus par le pus, celui-ci peut s'écouler au dehors, ou bien par des fistules, ou bien par la fosse nasale en passant par l'orifice qui fait communiquer les deux cavités.

Comme le pus sortant par les fosses nasales pourrait aussi provenir du sinus frontal ou du sinus ethmoïdal, on pourra par des attouchements à la cocaïne de la muqueuse constater parfois directement le point par où il s'écoule. Dans tous les cas, le malade étant étendu sur le dos, en le faisant appuyer sur le vertex, on verra le pus s'écouler par l'orifice postérieur des narines, si les sinus frontaux ou éthmoïdaux sont en cause.

Les symptômes sont constitués par de la douleur, des sécrétions fétides, du vertige, du dégoût du travail, etc.

Le traitement chirurgical par la voie alvéolaire a dans tous les cas permis à M. Frænkel d'obtenir une cure radicale au bout de quatre à huit semaines. Souvent les fistules préexistantes traceront la voie que devra suivre le chirurgien; ce n'est que rarement que l'on se servira du foret. On devra faire des lavages antiseptiques pour éviter la stagnation des microorganismes dans le sinus. (*Berl. Klin. Wochensch.*, 18 avril 1887, nº 16, p. 273.) M. Natier.

VARIA

Epithéliome kystique de la région sus-hyoïdienne gauche. Ulcération de l'artère faciale. Ligature de la carotide primitive, par Lejars.

Il s'agit, dans cette observation, d'un homme âgé de soixante-neuf ans, chez lequel était apparue, dans la mâchoire inférieure gauche, une petite grosseur qui, au bout de six semaines, sans phénomènes inflammatoires, avait atteint le volume d'une tête de fœtus. Elle s'étendait du rebord orbitaire en haut, au cricoïde en bas; de la commissure en avant au creux parotide en arrière. Ponctionnée, il s'en écoula 400 gr. d'un liquide jaunâtre. La masse s'affaissa pour bientôt reprendre son volume. Une hémorragie persistante ayant nécessité l'incision de la tumeur, on reconnut que l'artère faciale était

ulcérée ; on dut lier la carotide primitive pour arrêter l'écoulement sanguin.

Le malade mourut sans avoir repris connaissance.

A l'autopsie, on constata une rupture de la branche horizontale du maxillaire à deux doigts au-devant de l'angle ; la glande sous-maxillaire est largement ulcérée ; il n'existe plus de ganglion sous-maxillaire ; ulcérations de la faciale et de la coronaire labiale inférieure. Le tronc carotidien a été respecté par l'envahissement.

L'examen histologique révèle l'existence d'un épithelioma pavimenteux lobulé ; la glande sous-maxillaire semble avoir servi de point de départ au néoplasme.

L'auteur en terminant fait ressortir de son observation les points suivants : l'existence possible au sein des épitheliomas pavimenteux, de cavités kystiques relativement énormes ; l'ulcération artérielle au contact du néoplasme ulcéré, et enfin l'hémiplégie brusque qui survint après la ligature du tronc carotidien. (*Soc. anat. de Paris*, déc. 1886. — *Progrès méd.*, 16 juill. 1887, p. 48.) M. Natier.

Contribution à l'étude des kystes dermoïdes médians du cou, situés dans l'espace thyro-hyoïdien, par le Dr Jacques Fauvel (1).

La première partie de ce travail inaugural est consacrée à l'anatomie de l'espace thyro-hyoïdien.

Dans la seconde, après avoir donné la définition des kystes dermoïdes, l'auteur traite au deuxième paragraphe de l'historique de la question. Les kystes dermoïdes congénitaux du cou, malgré certain passage de Celse, n'en sont pas moins de découverte toute récente.

Leur histoire pourrait être divisée en trois périodes : dans la première, qui part de 1831 et à laquelle se rattachent les noms de Dupuytren et de Faget, on ne s'occupe que de la nature du contenu du kyste ; dans la seconde (1860), avec Broca et Heurtaux, on fait en plus l'étude macroscopique de la

(1) Paris, A. Parent, imprimeur de la Faculté de Médecine. A. Davy, successeur, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.

paroi ; enfin dans la troisième (1879), on pratique à la fois l'examen histologique de la paroi du kyste et de son contenu.

De nombreuses théories ont été admises au point de vue de la pathogénie et de l'étiologie des kystes dermoïdes. En partant de ce principe qu'ils sont dus à une anomalie de développement, on a émis, sur leur formation, les hypothèses suivantes : Théorie de la diplogénèse par inclusion ; théorie folliculaire ; hétérotopie plastique (Lebert) ; et enfin, théorie de l'enclavement, du professeur Verneuil ; celle à laquelle se rattache l'auteur et qui lui paraît surabondamment prouvée par l'observation des faits et les expériences scientifiques de MM. Masse (de Bordeaux), Achard et Lannelongue.

Les kystes dermoïdes de l'espace thyro-hyoïdien, pour des raisons qu'il expose, se trouvent toujours, d'après l'auteur, situées au niveau de la troisième fente branchiale. L'hérédité semble jouer un certain rôle dans leur production.

Il divise en deux paragraphes leur étude anatomo-pathologique ; il s'occupe, dans le premier, de la structure de la paroi dermoïde et de ses dérivés : poils et glandes ; et dans le second de leur contenu.

Comme symptômes, on rencontre : de la déformation de la région, une tumeur lisse, arrondie, de grosseur variable, avec fluctuation manifeste ; pas d'adhérences à la peau, mais il en existe au contraire avec les parties profondes. Indolore, la tumeur ne détermine aucun trouble, elle est irréductible, et parfois, quand elle offre un volume trop considérable, peut faire saillie dans l'arrière-gorge.

Primitivement rattachés à l'ectoderme, ces kystes s'en séparent par la suite du développement. La masse peut ou bien rester stationnaire, ou au contraire, par une évolution rapide, arriver à former un kyste. Dans les cas ordinaires, l'état stationnaire se maintient jusqu'à la puberté pour les kystes sous-cutanés et pour les kystes profonds jusqu'à l'âge mûr. Il est plus fréquent de les rencontrer chez les garçons que chez les filles.

Dans le diagnostic, on éliminera de suite les affections à marche aiguë ; et à certains signes différentiels, on saura

les distinguer des loupes, des lipomes, des kystes séreux, des adénites chroniques, des kystes préthyroïdiens, des laryngocèles, des fistules pharyngiennes borgnes internes, des angiomes profonds, des kystes de la pyramide de Lalouette et des kystes hydatiques de la même région. Enfin dans les cas douteux une ponction exploratrice viendrait fournir la certitude.

Le pronostic est bénin en thèse générale; tout ce qu'on pourrait redouter, ce serait, étant donnée sa situation, de voir le kyste s'enflammer et amener la production d'une fistule.

Quant au traitement, on peut dire que tous les moyens externes sont d'une inefficacité absolue. Le plus souvent on a eu recours : 1° à l'injection de liquides irritants ou caustiques dans la cavité dermoïde ; 2° à l'incision et cautérisation de la poche; 3° au drainage de la poche ; 4° à l'extirpation. Ce dernier moyen est encore le plus sûr et a toujours été suivi de succès. Il faudra cependant se tenir en garde contre la possibilité de certaines complications post-opératoires.

Suit une série de dix observations empruntées à divers auteurs. (*Thèse de Paris*, 1887, n° 241.) M. Natier.

Contribution à l'étude des abcès chroniques de la région sous-hyoïdienne, par le Dr J. Delobel (1).

Après un paragraphe consacré aux considérations anatomiques de la région et dans lequel il fait ressortir longuement l'intérêt, pour son sujet, des recherches récentes de M. Poirier sur le ganglion prélaryngé, l'auteur abordant son étude, nous dit que les abcès chroniques de la région sous-hyoïdienne reconnaissent le plus fréquemment pour cause la tuberculose ganglionnaire à forme chronique. On les rencontre surtout chez les enfants. Il en existe trois variétés : 1° l'abcès superficiel ou sous-cutané; 2° l'abcès profond d'origine ganglionnaire; 3° l'abcès symptomatique de lésions des organes voisins ou abcès par congestion.

La symptomatologie est variable suivant qu'il s'agit d'un

(1) Paris, imprimerie A. Davy, successeur de A. Parent, 52, rue Madame, et rue Corneille, 3.

abcès tuberculeux proprement dit ou d'un abcès symptomatique d'une lésion de voisinage.

L'abcès superficiel qui n'accuse aucun trouble du côté des organes sous-jacents, présentera les mêmes symptômes que les abcès sous-cutanés des autres régions.

L'abcès sous-aponévrotique sera bridé, pourra comprimer la trachée et déterminer de l'angoisse. Il déformera le cou à sa base, si son volume est considérable. La peau, dans certains cas, usée, amincie, se perforera et donnera lieu à un écoulement de pus grisâtre, mal lié et grumeleux.

Les abcès symptomatiques de lésions de voisinage seront dus en général à la nécrose de l'os hyoïde et à la périchondrite ; celles-ci seront, du reste, occasionnées par la tuberculose,la fièvre typhoïde ou la syphilis. Et alors en remontant à la cause, il sera facile de constater les symptômes révélateurs de la lésion.

Le diagnostic, facile dans le cas d'abcès superficiel, est moins aisé pour les deux autres variétés. On aura à distinguer les abcès sous-hyoïdiens de *l'adénite syphilitique, de l'adénopathie cancéreuse*, de la syphilis ou de l'hématome du sterno-mastoïdien, de certains anévrysmes, de la périœsophagite, du cancer de l'œsophage, du trachéocèle, des tumeurs du corps thyroïde et enfin des kystes.

Le pronostic est, on peut le dire, celui de la tuberculose en général pour les abcès superficiels et les abcès profonds d'origine ganglionnaire. Il devient plus grave pour les abcès dus à des lésions des cartilages du larynx.

Quant au traitement, il sera général et local. Le traitement général aura pour but de relever les forces du malade et de le mettre dans de meilleures conditions de résistance. Le traitement local comprend deux procédés : 1° Incision sans grattage ; incision avec grattage ; incision suivie de cautérisation ; 2° Ponction suivie de l'injection de liqueur de Fowler ou d'éther iodoformé. S'agit-il d'abcès dus à une lésion des organes voisins, on devra traiter l'affection primitive. Suivent quatorze observations, dont six personnelles ; et un court index bibliographique. (*Thèse de Paris,* n° 209.) M. N.

Amputation du goître (*Die amputation der Kropfes*), par le Dr Nussbaum.

Voici déjà longtemps qu'on opérait les goîtres sans avoir observé les accidents qui surviennent actuellement : cachexie strumiprive, tétanos et myxœdème.

Or ces accidents sont maintenant un sujet de terreur pour les chirurgiens. On a cherché à quelle cause on pouvait bien les rattacher et M. Nussbaum énumère les différentes opinions émises à ce sujet. Il semble résulter de leur examen qu'on peut parer aux accidents consécutifs en n'enlevant pas le goître dans son entier. Aussi cet auteur a-t-il pour habitude de se conformer à cette règle de conduite et de ne pratiquer jamais que des extirpations partielles.

Mais il est des cas où celles-ci ne peuvent être pratiquées, et c'est alors qu'il a recours à l'amputation du goître au moyen du thermo-cautère, comme il a eu l'occasion de le faire dans cinq cas de goître sarcomateux. Les bons résultats obtenus par ce procédé l'engagent à le recommander à l'expérimentation de ses collègues. (*Münch. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1887, p. 273.)

M. Natier.

Traitement du goître kystique.

M. Mago Robson pratique une incision antiseptique et suture les parois avec la peau. Il introduit d'abord un tube à drainage qu'il remplace au bout de peu de temps par un tampon de charpie imbibé d'une solution de chlorure de zinc. Un danger, d'après M. Christophe Heath, est à redouter par ce procédé, c'est l'hémorrhagie qu'on peut cependant arrêter assez facilement par le tamponnement au perchlorure de fer. Les cloisons qu'on trouve parfois dans les kystes de la thyroïde doivent, pour M. Gant, toujours être respectées. Ces kystes renferment toujours, d'après les recherches de M. S. Mackenzie, des vaisseaux à parois très minces. L'extirpation paraît à M. Clution préférable à l'incision, car avec ce dernier procédé on s'expose à la formation de fistules, parfois très longues à se tarir. (Lettres d'Angleterre, *Sem. Méd.* du 26 janvier 1887, n° 4.)

M. Natier.

Traitement de l'angine diphthérique (*Tratamiento de la angina difterica*).

L'auteur préconise le traitement suivant :

Dès le début, cautérisations à l'acide phénique pur, si le cas est grave, à l'acide phénique dilué dans la glycérine, dans les cas de moindre gravité. Deux cautérisations par jour.

Toutes les deux ou trois heures, insufflation d'eau de chaux, pour dissoudre les fausses membranes. Ensuite, une pulvérisation avec une cuillerée de solution d'acide lactique dans du jus de citron.

S'il y a accumulation de fausses membranes dans l'arrière-bouche, vomitifs. Si le larynx et la trachée se prennent, potion de pilocarpine de Guttmann, suivi d'une cuillerée de vin de malaga, ou pilocarpine en injections sous-cutanées.

Frictions sur la poitrine avec une pommade camphrée.

A l'intérieur, pour combattre l'état général, toutes les deux heures une cuillerée de la potion suivante :

Jus de citron	100 grammes.
Sulfate de soude...............	3 —
Chlorure de sodium	3 —
Miel..........................	20 —
Extrait de quinquina..........	2 —
Phenate de soude	1 à 2 grammes.

Évaporation, dans la pièce, de la solution recommandée par Renou.

Acide phénique.................	5 grammes.
— benzoïque	2 —
— salicylique...............	1 —
Alcool rectifié..................	40 —
Eau	2 litres.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Arthur (Mc.). — Le chlorate de potasse et le perchlorure de fer dans le mal de gorge (*Corresp. du The med. rec.*, 10 déc. 1887, p. 751).

Atkinson. — Mal de gorge (*Md. med. journ.*, 26 nov. 1887).

Baginski (B.). — Affection tuberculeuse des gencives (*Berl. med. Gesellsch.*, 2, XI, 1886; *Berlin. Klin. Woch.*, nº 47).

Baginski (B.). — Lésion tuberculeuse des gencives (*Berl. med. Gesellsch.*, 2 nov. 1887, *Berl. Klin. Wochensch.*, nº 47, 1887).

Barker (A.). — Extirpation d'une partie de la joue, de la langue, du pharynx et du voile palatin pour un épithélioma (*The Lancet*, 3 décembre 1887).

Barth. — Tuberculose de la langue (*Soc. med. des hôp.*, Paris, 25 novembre 1887).

Barwel (R.). — Sur une méthode d'amputation de la langue (*The Lancet*, 31 déc. 1887).

Berti (A.). — Epithélioma de la langue et du plancher de la bouche (*La Rassegna di sc. med.*, nº 1, janv. 1888, p. 35).

Broca (A.). — De la pathologie des glandes salivaires (fistules et calculs) (*Arch. de lar. et rhin.*, nº 2, 15, déc. 1887).

Cabat (A. F.). — Corps étranger du canal de Wharton (*Boston Med. a. surg. journ.*, 22 déc. 1887).

Chiari. — De la pharyngomycose leptothricia (*Revue* du Dr Moure, nº 10, oct. 1887).

Cozzolino (W.). — Premier cas de papillome diffus de la partie postérieure du pharynx buccal (*Bollet. delle mal. dell'Orech.*, nº 1, janv. 1888).

Decker u. Seifert. — Du mycosis lypthotricia du pharynx (*Münch. med. Woch.*, nº 4, 24 janv. 1888).

Dixon. (J.). — Calcul salivaire du canal de Wharton et de la glande sous-maxillaire (*The Lancet*, 26 nov. 1887).

Fehleisen. — Ligature des deux artères linguales pour une macroglossie congénitale (*Berl. Klin. Woch.*, nº 50, 1887).

French (F.). — Papillomes de la luette (*The med. rec.*, 31 déc. 1887).

Gleitsmann. — Hypertrophie des glandes de la langue (*The med. rec.*, 17 déc. 1887).

Griffin (H.). — Un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx. Opération pour la guérir (*The med. Rec., N.-Y.*, 14 janv. 1888).

Guinon. — De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants (*Journ. des con. méd.*, 1er déc. 1887).

Hall. — Hémorrhagie tonsillaire mortelle (*Boston, Med. surg. J.*, 22 décembre 1887).

Heurtaux. — Sarcome buccal avec envahissement ganglionnaire (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 déc. 1887).

Heurtaux. — Kyste dermoïde du plancher de la bouche (*Soc. d'anat. de Nantes*, 28 déc. et *Gaz. méd. de Nantes*, 9 janv. 1888).

Hoffmann. — Traitement et prophylaxie de l'angine tonsillaire (*Med. News*, 26 nov. 1887).

Ingals (E. Fletcher). — Abcès rétro-pharyngien (*Cincinnati, Lancet clin.*, 31 déc. 1887).

Killian (J.). — Contribution à l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Monats. f. Ohrenheilk.*, oct. et nov. 1887).

Kostanciki. — Ouverture du tube pharyngien, ses rapports avec la cavité naso-pharyngienne (*Arch. f. mikrosk. Anat.*, XXIX, 4, 1887).

Lavrand. — Un cas de syphilis de la gorge (*Soc. des sc. méd. de Lille* in *J. des sc. méd.*, 7 déc. 1887).

Lazarus. — Affections néoplasiques du dos de la langue (*Berl. Klin. med. Gesellsch. u. Berl. Woch.*, nº 50, 1887).

Leudet. — Des hémiatrophies de la langue d'origine syphilitique (*Arch. de laryng. et de rhin.*, nº 2, 15 déc. 1887).

Lublinski (W.). — Concrétion des amygdales (*Monats. f. Orenheilk.*, oct. 1887).

Lublinski (W.). — Polype de l'amygdale (*Monats. f. Ohrenheilk.*, octobre 1887).

Lucas (Cl.). — Epithélioma de la lèvre et des ganglions. Extirpation de la tumeur et de cinq centimètres de veine jugulaire. Symptômes du pneumogastrique. Guérison (*The Lancet*, 31 déc. 1887).

Magitot. — De la glossodynie (*Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 2 déc. 1887).

Mercé. — Glossite parenchymateuse (*Bollet. clinico di Lérida*, nº 18, décembre 1887, an II).

Montefusco. — La stomatite dans la rougeole et dans la scarlatine (*Arch. Internaz. di lar.*, fasc. 3 et 4, 1887).

Murphy — Leucoplasie de la langue (*Northumberl. med. Soc.*, in *Brit. med. j.*, 24 décembre 1887, p 1386).

Natier. — Adénome du voile du palais (*Revue* du Dr Moure, nº 11, novembre 1887).

Orlow. (L.-W.). — Tuberculose de la langue (Saint-Pétersb. *Med. Woch.* nos 45, 46, 1887).

Person. — A propos de staphyllorraphie (*Gaz. hebd. des sc. méd.*, 27 nov. et 25 décembre 1887).

Peyer-Porcher. — Un releveur de la luette (*The med. Rec. N.-Y.*, 14 janv. 1888).

Pye. — Fistule branchiale (*Med. soc. of London* in *the Lancet*, 3 déc. 1887, p. 1113).

Robertson (W.). — Hypertrophie des glandes de la langue, emploi du galvano-cautère (*The Lancet*, 31 déc. 1887).

Robson. — Glossite aiguë (*Brit. med. j.* 3 déc. 1887, p. 1,216).

Roviralta (J.). — Amygdalite simple et bicarbonate de soude (*Gacet. med. catal.*, 31 déc. 1887).

Schnakampf. — Diagnostic différentiel des maladies de la bouche (*Deuts. med. Woch.*, nº 41, 1887).

Senator. — Pharyngite aiguë infectieuse et phlegmoneuse (discussion) (*Berlin. med. Gesells.* — *Münch. med. Woch.*, nº 4, 24 janv. 1888).

Thorner (U.). — Le salol, son emploi dans les maladies de la gorge, de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati, Lancet. clin.*, 20 déc. 1887).

Trelat. — Lettre à propos de la staphyllorraphie (*Gaz. hebd. des sc. méd.*, 15 janv. 1888).

Trèves. — Angiomes de la langue (*Pathol. soc. of London, The Lancet*, 7 janv. 1888).

Tornwaldt. — De la bourse pharyngée (*Deuts. med. Woch.*, nº 48, 1887).

Vernet. — Un cas de nigritie de la langue (*Gaz. des hôp.*, 31 déc. 1887).

Wintermitz. — Statistique des affections de la langue (*Vierteljahrsch. f. Dermat. u. Syphil.*, 3).

Zœge-Manteuffel (W.). — Un cas de kyste de la langue (*Saint-Pétersbourg, Med. Woch.*, n° 2, 1888).

Nez et Pharynx nasal.

Barbet. — Traitement de la coqueluche par la pulvérisation intra-nasale (*Thèse Paris*, 1887).

Barth (Ad.). — Difficulté respiratoire et otite purulente moyenne (*Séparat. Abdr. aus. Berlin, Klin. Woch.*, 1878, n° *Gedrubk bei L. Shucmacher, in Berlin*).

Bettmann. — Troubles oculaires d'origine nasale (*Arch. f. Augenheilk.*, XVII, s., 228).

Benson (A.). — Traitement de la sténose nasale par l'usage nocturne de sondes (*Brit. med. j.*, 26 novembre 1887).

Bond. — Observation de polypes muqueux du nez chez l'enfant (*Brit. med. j.*, 10 décembre 1887).

Boucher. — Cas d'incuvation notable de la cloison, sténose de la narine guéri par l'air comprimé (*Arch. Ital. di laryng.*, fasc. I, janvier 1888).

Capp. — Hayfever, quelques notes sur le traitement palliatif (Philad., *Méd. Times*, 1er janvier 1888).

Cartaz. — De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes (*Arch. de laryng. et de rhin.*, n° 2, 15 décembre 1887).

Chisholm (J.-J.). — Un cas d'épistaxis difficile à reconnaître (*The med. j.*, 24 déc. 1887).

Cozzolino. — 1° Calcul volumineux de la fosse nasale droite ; 2° Nouvelle pince à mors (*Arch. Ital. di laring.*, fasc. 1, janvier 1888).

Fano. — Lupus de la peau du nez guéri par l'acide lactique (*Aerzt. Verein, in Triest Wien med. Woch.*, n° 51, 1887).

Fisher. — L'épistaxis et le foie (*N.-Y. med. Rec.*, 17 déc. 1887).

Frænkel (B.).—Maladie de Basedow d'origine nasale (*Berlin. med. Gesellsch Münch, med Woch.*. n° 4, 24 janv. 1888).

Freudenthal (W.). — Relations entre l'obstruction chronique du nez et du pharynx nasal et les hernies inférieures (*Monats. f. Ohrenheilk*, novembre et décembre 1887).

Geneuil. — Des injections de jus de citron dans les épistaxis (*Bul gén. de thérap.*, 30 nov. 1887)

Gradle. — Nouvel instrument pour enlever les végétations adénoïdes (*The med. Rec.*, 10 décembre 1887).

Hamilton (J.). — Rhinoplastie par la méthode indienne (*The Jour. of amer. med. assoc.*, 10 décemb. 1887, p. 751).

Jalaguier et **Ruault.** — Polype en grappe de la fosse nasale droite faisant saillie dans les pharynx, céphalalgie, névralgie, etc. (*Arch. de laryng. et rhin.*, n° 2, 15 décembre 1887).

Kitchen. — Tampon nasal (*The med. Rec.*, 7 janvier 1888).

Largeau. — Hypertrophie des cornets (*Poitou méd.*, 1er décem. 1887).

Laurent. — Chancre siégeant à la racine du nez, coryza spécifique (*Gaz. méd. de Paris*, 17 décemb. 1887).

Leflaive. — Rhino-bronchite annuelle (*Thèse Paris*, décemb. 1887).

Limon. — Végétation adénoïde du pharynx (*Northumberland. and Durham med. soc.* in *Brit. med. j.*, 26 décembre 1887).

Luc. — Note sur un cas de trachéite fétide liée à un ozène vrai (*Journ. de méd. de Paris*, 1er janv. 1888).

Mackenzie. (Hunter). — Scie nasale réversible (*Brit. med. j.*, 24 déc. 1887, p. 1,273).

Noquet. — Corps étrangers de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide (*Bullet. méd. du Nord*, n° 11, novemb. 1887).

Rothholtz. — Relations entre les maladies des yeux et celles du nez (*Deuts. medic, Woch.*, nos 12, 29 du 1887).

Ruault. — Examen du larynx et du nez d'un lépreux (*Arch. de lar. et de rhin.*, Paris, n° 2, 15 décemb. 1887).

Ruault. — Les névropathies réflexes d'origine nasale (*Gaz. des hôp.*, 10 décemb. ,1887).

Sandmann. — Réflexes pulmonaires d'origine nasale (*Arch. f. anat. u. physiol.* V, 1887).

Saundby. -- Tumeur du corps pituitaire (Birmingham, *Counties, etc.*, in *Brit. med.*, *j.*, 24 décemb. 1887, p. 1,387).

Schulthess (W.). — Un cas de rhinosclérome (*Archiv. f. Klin. médicin*, Bd. XLI, H, 1 u. 2).

Segond. — Des tumeurs adénoïdes (*France méd.*, 2°, décembre 1887).

Seiler Carl. — Du coryza comme cause d'acné de la face (*The Polyclinic*, novemb. 1887).

Shadle. — Rhinologie (*The med. Bulletin*, n° 11, 1887).

Sourdrille. — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngienne (*Thèse de Paris*, 1887).

Stanham. — Polype naso-pharyngien opéré par la méthode de Lawrence récidive, nouvelle opération, guérison (*The Lancet j.*, janv. 1888).

Tsakyraglous (M.). — Deux cas de polypes du nez (*Monats, f. Orenheilk*, octobre 1887).

Uchermann. — Végétations adénoïdes (*Norsk. Mag. f. lsegevid.*, 11).

Unna. — Tuberculose locale chez les enfants (lupus des lèvres et du nez) (*Aerztlich. Verein* in *Hamburg*, 12 juin 1887).

Welander (Edw.). — Un cas de rhinosclérome (langue et bouche). *Hygiêne*, nov. 1887).

Wertheimer et Surmont. — Voies centripètes du réflexe de l'éternûment (*Soc. de biol.*, Paris, 21 janv. 1887).

Vignard. — Périostite suppurée des parois de l'orbite, suite de suppuration du sinus frontal (*Progrès méd.*, 31 décemb. 1887).

Ziem. — Des opérations pratiquées dans les arrière-fosses nasales à l'aide du doigt (*Monats, f. Ohrenheilk.*, n° 8, 1887).

Larynx et Trachée.

Atherton. — Fracture du larynx (*Toranto. med. Assoc. in Canada med. a. surg. j.*, décembre 1887).

Baidescu. — Trachéotomie et laryngotomie pour le traitement du cancer intra-laryngien (*Spitalul*, n° 11, nov. 1887).

Barclay-Baron. — Notes sur un cas de laryngite suraiguë (*Brit. med. j.*, 17 déc. 1887).

Bartholow (R.). — Quelques névroses respiratoires (*Med. News*, 10 oct. 1887).

Bergmann (A.). — De l'érysipèle primitif du larynx (Saint-Pétersbourg, *Med. Woch.*, nos 49-50, 1887).

Beverley-Robinson. — Aphasie sans paralysie *(N.-Y. neurals soc.*, 1er nov., in *N.-Y med. Rec.,* 19 nov. 1887).

Bézy et Charazac. — Polypes des voies respiratoires, expulsion spontannée (*Toulouse méd.*, 1er décembre 1887).

Braun. — Attouchements à l'acide chromique dans le larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 150, 1887).

Bridgman. — Dentier logé dans la gorge pendant quinze mois (*London Lancet*, 24 sept. 1887).

Carpenter. — Nouvelle lampe pour l'éclairage laryngoscopique (*The Lancet.* 14 janv. 1888, p. 77).

Cardone. — Considération sur un cas de névrose laryngée (*Arch. internaz. di lar. etc.*, fasc. III et IV, 1887).

Caselli — (Observ. rédigé par le Dr Macario). — Extirpation du larynx, de la base de la langue, des deux amygdales, etc. Guérison (*Gaz. méd. de Paris,* n° 1, janv. 1888).

Cheadle et Smilh (Th.). — Occlusion de la bronche gauche (*Rap. and ch. soc.* in *The Lancet et Brit. med. j.*, 14 janv. 1888).

Cheatam. — Trois cas heureux de tubage pour du croup (*The Ann. pract. and News*, 24 déc. 1887).

Céreuville. — Dyspnée laryngée spamodique analogue au spasme glottique, mort, autopsie (*Revue med. de la Suisse romande*, 15 déc. 1887).

Cohen (Salomon-Solis). — Amélioration des appareils pour l'inhalation de l'air comprimé (*N.-Y. med.*, 24 déc. 1887).

Cohen (Solis). — Distension phonatrice (pneumatique) ou hernie du sac laryngien (*Med. News*, 17 déc. 1887).

Cohen (Solis). — Traitement des abcès intra-laryngés consécutifs à une névrose des cartilages (*Med. News*, 24 déc. 1887).

Cohen (Solis). — Aspect du larynx près de vingt ans après l'extirpation d'un épithélioma par la voie externe (*Med. News*, 3 déc. 1887).

Compte rendu (officiel) — De la Société française de laryngologie (*Revue mens.* du Dr Moure, n° 12, 1887).

Crawfort-Renton. — Observation de trachéotomie (*The Lancet*, 12 novembre 1887).

Darwin. — Œdème du larynx (*Clin. soc. of Manchester in Brit, med. j.*, 14 janvier 1888).

Demons. — Extirpation du larynx (*Acad. de med.*, Paris, 20 déc. 1887).

Descroizilles. — Œdème de la glotte œsophagite, gastro-entérite aiguë par ingestion de bouillon très chaud chez un jeune sujet, mort (*Gaz. des hôp.*, 27 déc. 1887).

Donagh (M.). — Tuberculose primitive du larynx (*Ontario med. journ.* in *Canada pract.*, déc. 1887).

Egodi. — Trachéotomie rapide (*Gaz. med. di Roma*, 1er déc. 1887, fasc. 23).

Fasano. — Contribution à l'étude, statistique de la chorée du larynx (*Bollet. delle mal. dell'orech. etc.*, n° 1, janv. 1888).

Frohneim. — La résorcine dans la phtisie laryngée (*Münch, med, Woch.* n° 3, p. 53, 17 janv. 1888).

Garrard. — Rupture de la trachée, emphysème, mort (*Brit. med. j.*, 26 nov. 1887, p. 1,159).

Guément. — Larynx tuberculeux (*Soc. anat.*, Bordeaux, 15 nov, 1887).

Hahn. — Résultats définitifs de mon extirpation du larynx pour carcinome (*Berl. Klin. Woch.*, nº 49, 1887).

Hermann (J.). — Contribution à l'étude des maladies du larynx (*Allgem. Wien. mediz.*, Ztg., nº 50, 1887).

Hofmokl. — Présentation d'un larynx d'enfant chez lequel on avait pratiqué la laryngo-trachéotomie pour un corps étranger (*K. K. Gesellschaft der Aerzte* in *Wienn. Internat. Klin. Rundschau*, nº 50, 1887).

Holmes (G.). — Paralysie des dilatateurs de la glotte (*The Lancet*, 12 novembre 1887).

Hopmann. — Simple réflexion à propos de la question des doses massives de créosote dans la tuberculose du larynx et des poumons (*Berlin. Klin. Wochens.*, nº 52, 26 déc. 1887).

Hontang. — Pièce d'un cancer du larynx (*Soc. anat.*, Paris, 16 déc. 1887).

Hooper (F.). — Effets des différents moyens de stimulation sur l'action des récurrents, communication et préliminaire (*The N.-Y. med. journ.*, 26 nov. 1887).

Ingals (Fletcher). — Laryngite rhumatismale (*Amer. j. of. med. sc.* nº 1, janv. 1888).

Jacob. — Traitement de la phtisie laryngée (*The Lancet*, 7 janv. 1888).

Jacob. — Traitement de la phtisie laryngée (in *Brit. med. j.*, 17 déc. 1887, p. 1,338).

Jacquet. — Adénopathie trachéo-bronchique, tachycardie (*Soc. anat.*, Paris, 2 déc. 1887).

Jelenffry. — Un nouveau chapitre de chirurgie laryngée (*Wien. med. Woch.*, nº 41, 1887).

Jurist (L.). — Observation de périchondrite du cartilage cricoïde (*Med. News*, 7 nov. 1887).

Knakauw. — Un cas de blennorrhée de Stœrk (*Berl. med. Gesellsch.*, 30 nov., *Münch. med. Woch.*, nº 49), 1887.

Kribben. — Contribution à la chirurgie du larynx (*Dissertation Erlangen*, 1887).

Kœberlé. — Tumeurs polypeuses et papillaires du larynx (*Gaz. med. de Strasbourg, Allg. Wien. med. zeitg.*, 1er déc. et 29 nov. 1887),

Landgraaf. — Observation de laryngosténose (*Gesellschaft der Chant. Aerzte* in *Berlin. Klin. Woch.*, nº 2, 1888).

Langlais. — Une trachéotomie (*Revue gén. de Clin. et Ther.* 15 décembre 1887).

Langmaid. — 1º Causes constitutionnelles des affections de la gorge (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 déc. 1887) ; 2º Extraction heureuse d'une épingle endurée depuis deux ans dans le larynx.

L.-H.-P. — Cancer du larynx (*Bulletin de l'Union méd.*, 26 novembre 1887).

Ling (H.-M). — Les nerfs récurrents (*Weekl. med. Rev.*, 12 novem. 1887).

Lloyd (J). — Papillomes du larynx (Midland *Med. Soc.* in *Brit. med. j.*, 24 décembre 1887).

Mackenzie (H.). — Cas de thyrotomie pour un polype du larynx récidive (*The Edimb. med. Journ.*, déc. 1887).

Masucci. — Crises laryngées dans le tabes (Lettre au Dr Felici, *Arch. Ital. di laring.*, fasc. I, janv. 1888).

Masini. — Des néo-formations des vaisseaux lymphatiques du larynx (*Arch. Ital. du Laryng.*, fasc. I, janv. 1888).

Mauriac (Ch.). — Syphilose laryngo-trachéo-bronchique (Paris, 1887-1888).

Mollière (D.). — Laryngectomie dans un cas d'épithélioma du larynx (*Bullet. méd.* 25 déc. 1887).

Mollière. — Épithélioma laryngé, résection partielle du larynx (*Lyon med.*, 25 déc. 1887).

Montgomery (E.). — Tubage (*Md. med. journ.*, 14 novem, 1887).

Morell-Mackenzie. — Sur le cas du Crown-Prince (*The med. Rec.*, 3 déc. 1887, p. 715).

Moure (E.-F.) — Papillome diffus de la moitié droite du larynx, thyrotomie, raclage de l'organe vocal, guérison (*Journ.de méd. de Bordeaux*, 11 nov. 1887).

Monod et Ruault. — Cancer du larynx, présentation de pièces (*Acad. de méd. de Paris*, séance du 6 déc. 1887).

Moure (E.-J.). — Considérations cliniques sur les troubles de la voix dans la laryngite catarrhale aiguë (*Revue Mens. de laryng.*, nº 10, octobre 1887).

Myles (R.). — Nouvelles formes d'électrodes intra-laryngiens (*The med. Rec.*, 19 nov. 1887).

Onodi. — Contribution à l'étude des paralysies des cordes vocales (*Gesellsch. der Aerzte* in *Budapesth. Wien. med. Woch.*, nº 47, 1887).

Porter. — Effets des différents modes de stimulation sur les nerfs récurrents (*Weekl. med. Rev.* 24 décemb. 1887).

Porter. — Excision du larynx pour une tumeur maligne (*Weekl. med. Rev.*, 24 décemb. 1887).

Robt (L.). — Gomme syphil. de la trachée, guérie par l'iodure de potassium à haute dose (*Brit. med.*, J., 24 déc. 1887).

Roé (Legge). — Paralysie des dilatations de la glotte (*The Lancet*, 12 novembre 1887).

Roth. — Présentation d'un appareil à éclairage pour le larynx et le nez (*K. K. Gesellsch. d. Aerzte Wien.*, 2 décembre, *Münch med. Woch.*, nº 50, 1887).

Ruault. — Epiglottite œdémateuse circonscrite primitive (*Revue* du Dr Moure, nº 12, 1er décembre et *Arch. de Laryng.*, Paris, nº 2, 15 décembre 1887).

Satterthwaite. — Carcinome laryngien (*N.-Y. pathol. Soc.* in *The med. Rec.*, 24 déc. 1887, p. 804).

Schleicher. — Les cliniques de laryngologie (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct. 1887).

Schnitzler — Remarques critiques sur le diagnostic et le traitement des néoplasmes de l'intérieur du larynx (*Internat. Klin. Rundschau*, nº 47, 1887).

Schnitzler. — Traitement de la tuberculose du larynx par l'acide phosphorique (*Internat. Klin. Rundschau*, 52, 1887).

Schnitzler. — Traitement de la tuberculose laryngée par la chaux phosphatée (*Intern. Klin. Rundschau.*, nº 52, 1887).

Schnitzler. — Périchondrite considérable du larynx complètement guérie par l'iodure de potassium (*Internat. Klin. Rundschau*, 1. 1888).

Schuchardt. — Section interne du larynx; son importance dans le traitement des tumeurs du larynx (*Volkmann Vorlæg.*, nº 302, 1887).

Segond. — Trachéotomie pour une laryngite œdémateuse chronique sous-glottique (*France Med.*, 19 janv. 1887).

Seiler (C.). — Un cas de sténose laryngée avec articulation de la voix, pouvant être entendue (*Philad. med. Times*, 1er janv. 1888).

Semon. — Réflexions à propos de la transformation en tumeur maligne d'une tumeur primitivement bénigne du larynx enlevée par les voies naturelles (*Internat. Centralb. f. Laryng. Rhin.*, nº 7, janvier 1888).

Shau (N.-L.). — Tubage du larynx (*Cincinnati*), *Lancet clin.*, 12 novembre 1887).

Shœpffer. — Œdème aigu de la glotte trachéotomie (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nº 1, 1888).

Simar (M.-R.). — Corps étrangers de la bronche droite. Trachéotomie, guérison (*Brit. med. J.*, 26 nov. 1887).

Steon (M.). — Tubage ou trachéotomie (*Med. Reg.*, 12 novemb. 1887).

Stœrk. — Extirpation du larynx pour cancer; guérison dans un cas et persistance de la respiration normale et de la phonation (*Wien. med. Wochensch.*, nº 50, 1887).

Swain (H.). — Laryngite tuberculeuse (*The N.-Y., Med. J.*, 17 décembre 1887).

Tissier. — Paralysies laryngées d'origine bulbaire (*Ann. de l'or. et du lar.*, nº 12, 1887).

Twynam. — Discussion de la trachéotomie (*New South. Wales Branch.* in *Brit. med. J.*, 20 déc. 1887, p. 1,283).

Ulrich (Richard). — Des kystes du larynx (Wurzbourg, 1887).

Wagner (Clinton). — Traitement chirurgical de six cas de cancer du larynx (*The med. Rec.*, 26 nov. 1887).

Weill. — De l'ictus laryngé (*La Prat. méd.*, 3 déc. 1887).

X... — Sur l'extirpation du larynx (*Journ. of. laryng. and rhin.*, nº 12, déc. 1887).

X... — L'extirpation du larynx (*Prat. med.*, 26 déc. 1887).

Parker. — Un cas d'extirpation, d'abord partielle, plus tard totale du larynx pour carcinome. Récidive. Mort (*Berlin Klin. Woch.*, nº 2, 9 janv. 1888).

Rosenberg. — Nouveau laryngoscope (*Allg. Wien. mediz., Ztg.*, nº 50, 1888).

Roth (W.). — Nouvel éclaireur électrique pour la laryngoscopie et la rhinoscopie (*Wien. med. Presse*, nº 51, 1887).

Schmidtmann. — Technique de la trachéotomie (*Deuts. med. Woch.*, nº 49, 1887).

Schuchardt (K.). — De la laryngotomie externe, son importance dans le traitement des tumeurs du larynx (Leipzig, *Druck. u. Verlag., v. Breitkopf. u. Hœrtel*, 1887).

Thort. — Traitement des sténoses laryngées (*Deuts. med. Wochensch.*, nº 46, 1887).

Torday (Franz. V.). — Un cas de diphtérie du larynx, avec emphysème sous-cutané considérable. Guérison (*Archiv. f. Kinderheilk.*; Bd. 8, S., 444-452, 1887).

Tsakyroglous. — Quelques remarques sur le larynx en Asie-Mineure (*Monats. f. Ohrenheilk.*, déc. 1887).

Væmossy (St. V.). — Aiguille à coudre, ayant séjourné dix mois dans un larynx (*Wien. med. Presse*, nº 52, 25 déc. 1887).

Wolff. — Présentation d'un cas d'extirpation partielle du larynx (*Berlin, med. Gellsch*, 30 nov. 1887, *Munch. med. Woch.*, n° 49, 1887).

(*Academy of med.*). — Baltimore, trachéotomie et tubage (*The Med. journ*, 10 et 18 décemb. 1887).

X... — La maladie du prince impérial d'Allemagne (*Alleg. Wien. med., Ztg.*, n° 47, 1887).

X... — Du Kronprinz. Résultat de l'extirpation totale et partielle du larynx. — Expulsion spontanée de polypes du larynx, etc. (*Allgem. Wien medizin., Ztg.*, n° 52, 27 déc. 1887).

X... — La maladie du prince impérial allemand (*Wien. med. Presse*, n° 48, 1887).

Zezas. — Cinquante thyroïdectomies. Contribution au traitement chirurgical du larynx (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXVI, 3).

Zuckerkanld (E.). — Asymétrie des cartilages du larynx (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, déc. 1887).

Zwillingen. — Recherches cliniques sur l'étiologie de la cardite vocale inférieure hypertrophique (*Wien. med. Woch.*, n° 51, 1887).

Oreilles

Auriol. — Nouveau procédé de destruction des polypes profonds de l'oreille (*Journ. de méd. de Paris*, 23 oct. 1887).

Bacon (Gorham). — Emploi de l'incision au lieu de sangsues dans quelques maladies aiguës de l'oreille (*The N.-Y. med. jour.*, 7 janv. 1888).

Baginsky (B.). — Les maladies de l'oreille à Railway (*Spine Berlin Klin Woch.*, n° 3, 16 janvier 1888).

Baratoux. — De l'audition colorée (*Revue critique in Progr. med.*, 10, 17 et 24 décembre 1887 et 17 janv. 1888 et suiv.).

Baratoux. — De l'électrolyse ou de la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache (*La prat. méd.*, 20 décemb. 1887).

Barclay. — Diphtérie de l'oreille (*Weckl. med. Rev.*, 12 nov. 1887).

Bezold. — Statistique des maladies de l'oreille traitées de 1884 à 1886 inclus (*Archiv. f. Ohrenheilk*, XXV, Bd, III, u, IV, H, 24 nov. 1887).

Bishop (S.), — Cathétérisme de la trompe d'Eustache (Correspondance du *journ. of Amer. med. Assoc.*, 12 nov. 1887).

Bishop (S.). — Opérations dans les maladies de l'apophyse mastoïde (*The journ. of Amer., Assoc.*, 12 nov. 1887).

Bishop. — Relevé statistique de cinq mille sept cents cas de maladies de l'oreille classés par âge, sexe, profession des malades (*The journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887).

Bisohp (S.). — Traitement de l'otorrhée (*The journ. of Amer. med. Assoc.*, 3 décembre 1887).

Bull (C.-S.). —Progrès de l'otologie (*N.-Y., med. journ.*, 17 décemb. 1887).

Carpenter (J.-G.). — Prophylaxie et traitement des perforations du tympan (*Gaillard's med. journ.*, décembre 1887).

Chisolm (J.-J.). — Presbyterian eye,edar and throat charity hospital Baltimore (Maryland, *med. j.*, 12 nov. 1887).

Compte rendu (officiel). — De la Société française d'otologie (*Revue mens.*, du Dr Moure, n° 12, 1887).

Corradi. — Surdité guérie par la pilocarpine (*Archiv. of Ohrenheilk*, Bd., XXVI, H. I, 16 décem. 1887).

Cozzelino, — Ostéome trilobé du conduit droit, opéré avec le trépan des dentistes (*Bollet, delle mal. dell'Orech.*, etc., no, 1er janvier 1888).

Dallas Pratt. — Trépanation de l'apophyse mastoïde dans les maladies du tympan (*The Dublin journ. of med. sc.* , 1er déc. 1887).

Dundas Grant. — Compression de l'artère vertébrale rapport avec les bourdonnements d'oreille (*Brit. med. j.*, 24 décembre 1887).

Féré (Ch.). — Audition colorée (*Soc. de Biologie*, 24 décembre 1887).

Fiessinger. — Inflammation, suppurative des cellules mastoïdiennes, guérison par la trépanation (*Lyon méd.*, 6 décembre 1887).

Gellé. — Leucocythtémie, début par de la surdité et de la paralysie de la face (*Revue mens.* du Dr Moure, no 12, décembre 1887).

Gellé. — Un cas d'allochirie auditive (*Soc. de Biologie*, (14 janvier 1888).

Gomez de la Mata. — Anomalies et vices de conformation du conduit auditif (*Gaceta de ophtalm. et Otal.*, décembre 1887).

Gomperz (B.). — Nouvel appareil pour produire de l'ammoniaque (*Monats. f Ohrenheilk*, nov. 1887).

Gradenigo. — Contribution à l étude de l'otite interne primitive. Otite interne dans la syphilils héréditaire (*Arch. f. Orenheilk*, XXV, Bd. III, u, IV, H. 24 novembre 1887).

Grand. — Sur une cause peu connue de surdité (*Lyon méd.*, 15 déc. 1887).

Gruber (J).. — De la pathologie et du traitement des sensations subjectives de l'ouïe, objectivement perçues (*Allgem. Wien. med.*, *Ztg*, no 1, 3 janvier 1888).

Guranowski (L.). — De l'emploi de la photoxyline en solution comme obturateur des perforations persistantes du tympan (*Monats f. Ohrenheilk*, etc., oct. 1887).

Hermet. — L'otite dans la rougeole (*Bull. méd.*, 27 nov. 1887).

Hendrix. — Régurgitation de lait par l'oreille, observation unique (Saint-Louis, *med. a. Surg. j.*, décembre 1887).

Hessler. — Affection de l'apophyse mastoïde chez les enfants (*Archiv. f. Ohrenheilk*, Bd., XXVI, H, 1, 16 déc. 1887).

Hessler. — Otite due à l'infection (*Arch. f. Ohrenheilk.*, Bd, XXVI, H, 1, 16 déc. 1887).

Hoffmann. — Contribution à l'étude de l othématome (*Thèse Paris*, décembre 1887).

Kretschmann. — Fistules de la partie supérieure du tympan au-dessus de la courte apophyse du marteau, leur pathogénie et leur traitement (*Arch. f. Ohrenheilk.*, XXV, Bd, III, u, IV, H, 24 nov. 1887).

Kuhn. — A propos du choléastome (*Arch. f. Ohrenheilk*, Bd, XXVI, H, 1, 16 déc. 1887).

Kuhn. — Carie du rocher avec hernie du cervelet (*Arch. f. Ohrenheilk*, Bd, XXVI, H, 1, 16 déc. 1887).

Ladreit de Lacharrière. — De l'audition et de ses rapports avec le langage (*Revue méd.*, no 159, 24 déc. 1887).

Lannois. — Lésion de l'appareil auditif et troubles psychiques (*Revue mens.* du Dr Moure, no 12, déc. 1887).

Lavrand. — Erysipèle de l'oreille moyenne (*Soc. de méd. de Lille*, 30 nov. 1887).

Lavrand. — Myringite aiguë comme manifestation primitive dans un cas d'érysipèle de la face (*Journ. des sc. méd. de Lille*, 23 décembre 1887).

Lautenbach. — Valeur de la nitro-glycérine dans les bourdonnements d'oreille (*Philad.*, 1er janvier 1888).

Lecler (Saint-Malo). — Fracture du rocher par arme à feu, paralysie faciale, hémorragie, ligature de la carotide primitive, surdité tardive, guérison (*France méd.*, 29 déc. 1887).

Miot et Baratoux. — De la contusion du pavillon de l'oreille (*Progrès méd.*, 7 janv. 1888).

Perron. — Surdité d'origine quinique (*Revue* de Moure, n° 11, 9 nov. 1887).

Pilley. — Un cas de vers dans l'oreille (*The Lancet*, 14 janv. 1888).

Pitres. — Des anesthésies hystériques (Bordeaux, 1887).

Pomeroy. — Un cas d'inflammation, desquamation de l'oreille moyenne avec remarques (*New England. med. Monthl.*, 15 nov. 1887).

Previtt. — Sarcome de l'oreille (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887, p. 795).

Rolland. — Otite moyenne suppurée chronique (Clinique faite à l'Hôtel-Dieu de Montréal (in *Gaz. méd.* de Montréal, déc. 1887).

Roubaix (de). — Considérations cliniques sur les contusions du crâne, de la valeur séméiotique des hémorragies auriculaire, nasale, sous-conjonctivale et des troubles fonctionnels des nerfs crâniens dans les fractures des os de la tête (*Presse méd. belge*, n° 43, 23 oct. 1887).

Rumbold. — Un cas inaccoutumé de tympano-phonie (Saint-Louis, *Med. a. surg. j.*, déc. 1887).

Sarage. (G.-C.). — Aspiration et insufflation dans le traitement des maladies de l'oreille moyenne (*Med. Register*, 10 déc. 1887).

Schleicher. — Les cliniques d'otologie à Anvers (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, oct. 1887).

Sexton (S.). — Effet des hautes pressions atmosphériques sur l'oreille (*The med. Rec.*, 10 déc. 1887).

Stacke. — Traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre (*Deuts med. Woch.*, nos 49 et 50, 1887).

Suné y Molist. — L'occipitalgie comme valeur pronostique dans les otites ulcéreuses suppurées (*Revista di lar. otol.*, etc., n° 6, déc. 1887).

Tansley. — Difficultés nasales dans les maladies de l'oreille (*Med. soc. of County N.-Y in N.-Y. med. journ.*, 17 déc. 1887. p. 694).

Thorner (M.). — Le salol dans les maladies de l'oreille (*Cincinnati, Lancet*, 10 déc. 1887).

Thomer (Max). — Le salol dans les maladies de la gorge et de l'oreille (*Cincinnati Academ. of med.*, 14 nov. 1887).

Turnbull. — Furonculose du conduit auditif (*Med. Register*, 24 déc. 1887).

Wagenhaüser. — Contribution à la pathologie et à l'anatomie pathologique de l'oreille, 1re série six autopsies (*Arch. f. Ohrenheilk*, XXVI, Bd, I, H, 16 déc. 1887).

Williams. — Insectes dans l'oreille (Saint-Louis, *Med. a. surg. j.*, novembre 1886, n° 5, p. 295.

Croup et Diphtérie.

Barett (A.). — Diphtérie circonscrite (*Brit. med. J.*, 26 novembre 1887).

Bauduy. — La papayotine dans le traitement des manifestations locales de la diphtérie (*Weckl. med. Rev.*, 10 déc. 1887).

Bauduy. — Trois cas de diphtérie traités par la papayotine (Saint-Louis, *Med. Soc.*, in *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 17 décembre 1887).

Bouchut. — Le tubage du larynx dans l'asphyxie du croup (*Paris méd.*, 17 décembre 1887).

Buisd. — Croup pseudo-membraneux (*Cincinnati, Lancet Clin.*, 5 novembre 1887).

Cieglewicz. — Mort subite dans la convalescence de la diphtérie (*Med. chir. Rundschau*, n° 22, 1887).

Egidi. — Croup prolongé, cathétérisme du larynx, guérison (*Arch. internaz. di lar.*, fasc. 3 et 4, 1887).

Filatow. — De la scarlatino-diphtérie (*Arch. f. Kinderheilk*, Bd., IX).

Fullis (C.-W.). — Un cas grave de paralysie diphtéritique (*Weekl. med. Rev.*, 3 déc. 1887).

Gaucher. — Traitement de l'angine diphtéritique par l'ablation des fausses membranes et la cautérisation antiseptique (*Arch. de Laryng.*, n° 2, 15 déc. 1887).

Gezt. — Diphtérie (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, 26 nov. 1887).

Graham. — Scarlatino-diphtérie (*Oronto med. Ass.*, in *Canada med. a Surg. j.*, décembre 1887).

Gray (Ed.). — Un cas de croup extraordinaire (*The Med. Rec.*, 26 nov. 1887).

Greenwood (M.). — Diphtérie laryngée, observation (*Brit. med. j.*, 17 décembre 1887).

Heygate. — Diphtérie pendant l'accouchement (Corresp. de *The Lancet*, 17 décembre 1887).

Landis-Getz. — De la diphtérie (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 26 novombre 1887).

Lias (R.). — Deux mots sur la diphtérie et son traitement (*Revista de sanid. milit.*, 1er janv. 1888, n° 13).

Lippé (J.). — Nouvelle série de cas de diphtérie traités par le chlorate de potasse et le benzoate de soude (*Union méd. du Canada*, vol. I, n° 12, déc. 1887).

Mettenheimer. — La diphtérie est-elle une affect. locale ou constitutionnelle (*The N.-Y. med. j.*, 19 novembre 1887, analyse d'après le *Meinnabilien*).

Pasker May. — Traitement de la diphtérie (*Brit. med. j.*, 26 nov. 1887).

Philipps (D.). — Traitement du vrai croup (*The med. Bullet.*, déc. 1887, n° 12).

Porter (W.). — Importance du traitement local dans la diphtérie (*The N.-Y. med. j.*, 19 nov. 1887).

Ranson. — Quelques cas de diphtérie (Cambridge, *Med. soc.* in *Brit. med. j.*, 24 déc. 1887).

Richmond (L. H.). — Traitement local de la diphtérie (Lettres à l'édit. du *N.-Y. med. journ.*, 10 déc. 1887, p. 665).

Ross. — Etiologie de la diphtérie (*Toronto med. Assoc.* in *Canada med. a. Surg. j.*, déc. 1887).

Ruhemann. — Observation d'ataxie consécutive à la diphtérie chez un enfant de huit ans (*Berl. Klin. Woch.*, nº 49, 1887).

Smith (L.). Opinion actuelle sur la pathologie et le traitement de la diphtérie (*N.-Y. County med. Assoc.*, 19 déc., in *Med. News*, 14 janv. 1888).

Sweringen. — Du chloroforme dans le croup spasmodique (*The med. and Surg. journ.*, 3 déc. 1887).

Woronichin. — Remarques sur le traitement de la diphtérie d'après la méthode du Dr Wiss, etc. (*Jahrb. f. Kinderheilk*, XXVII, 1-2).

Zimmermann. — Diphtérie guérie par l'iodure et le bromure de potassium (*Deuts. med. Woch.*, nº 45, 1887).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Barbour. — Notes sur deux cas de goître exophtalmique (*The Amer. pract. and News*, 24 déc. 1887).

Barlow (Th.). — Hypertrophie aiguë de la glande thyroïde chez un enfant (*Clinic. soc. of London*, in *The Lancet*, 17 déc. 1887, p. 1219).

Bresgen. — De la toux nerveuse (*Berlin. Klin. Woch.*, nº 49. 1887).

Cramer. — Contribution à l'étude de la scrofule maligne (*Archiv. f. Klin. chirurgie*, XXXVI, 2).

Dauchez. — Ulcère variqueux de l'œsophage, hématémèse, dans le cours d'une cirrhose graisseuse (*Soc. med. prat.*, Paris, oct. 1887).

Echer. — Opération du goître (*Aerztlicher Verein in Triest Wien. med. Woch*, nº 51, 1887).

Fasano. — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Arch. internaz. di laryng.*, etc., fasc. III et IV, 1887).

Fischer (G.). — L'œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zts. f. chir.*, 1887, Bd, XXV, p. 565-594).

Francis. — Diverticula de l'œsophage (Cambridge, *med. soc.*, in *Brit. med. j.*, 24 déc. 1887).

Frænkel (E.). — Syphilis de la trachée et de la glande thyroïde (*Deuts. med. Woch.*, nº 48, 1887).

Frænkel. — Gastrotomie par sténose de l'œsophage (*K. K. Gesellsch, Aerzte Wien.*, 2 déc. 1887, *Intern. Klin. Rundschau*, nº 50, 1887).

Fussel Howard. — Goître volumineux amélioré par la solution de Lugol (*The med. and surg. Rep.*, 26 nov. 1887).

Grusen (P.-C.). — Asthme guéri par l'amélioration de la constipation (*Med. a. surg. Rep.*, 10 décembre 1887).

Hacker. — Influence des courbures de la colonne vertébrale sur la situation et la direction de l'œsophage (*Wien. med. Woch.*, nº 46, 1887).

Haw (W.-H.). — Hémorrhagie dans le myxœdème (Corresp. de *The Lancet*, p. 41, 7 janv. 1888).

Hayem. — Hypertrophie thyroïdienne à forme leucocythémique (*Revue gén. de clin. et thérap.*, 29 déc. 1887).

Krünke. — La cocaïne contre la coqueluche (*Allgem. med. Central., Ztg.*, nº 36, 1887).

Leyden et Renvers. — Canule à demeure pour une sténose œsophagienne (*Münch. med. Woch.*, nº 49, 1887).

Leyden (E.) et **Renvers.** — Traitement du rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Deuts. med. Woch.*, nº 50, 1887).

Liégeois. — Traitement du goitre exophtalmique (suite et fin) (*Revue gén. de clin. et thérap.*, nºs 30, 31, 39, 41 et 42, 1887).

Maisch. — Résection d'une partie de la glande thyroïde (Midland, *Med. soc.*, in *Brit. med. journ.*, 24 déc. 1887).

Marcani (Enrico). — Sur une opération de goître vasculaire caverneux (*La Sperimentali*, nº 11, nov. 1887).

Martius. — Des variations de pression respiratoire dans l'œsophage; leur valeur au point de vue du diagnostic d'une fistule broncho-œsophagienne (Charité *Annalen*, 1887, XII, Jahrgang).

Meyer. — Des attouchements à l'acide lactique (*Inaug. Dissertation Würzburg.*, 1888).

Meyer. — De la ventriloquie (*Berlin. med. Gesellsch.* 23 nov. 1887, *Berlin. Klin. Woch.*, nº 50, 1887).

Morris. — Tumeur de la parotide gauche (*The Lancet*, 7 janv. 1888, p. 17).

Munk. — Recherches sur les glandes thyroïdes (*Sitzungsberitchte des K. preuss. Akademie di Wissensch. zu Berlin Zodie*, 1887, *Münch. med. Wohcnsch*, nº 49, 1887).

Murphy. — Cancer de l'œsophage, gastrotomie (*Northumberland med. soc.*, in *The Lancet*, 3 déc. 1887, p. 1,116).

Pitts (Bernard). — Empoisonnement par la cocaïne (*The Lancet*, 24 décembre 1887).

Pratolongo (P.). — Un fait clinique de myxœdème (*Gaz. degli ospit.*, nº 6. 18 janv. 1888).

Potain. — Rétrécissement syphilitique de l'œsophage (*Journ. de méd. et chir. prat.*, déc. 1887).

Salles. — L'acide phénique et le chloral dans la coqueluche (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 janv. 1888).

Savill et **Beever.** — Myxœdème (*Med. soc. of London*, Disc. par F. Seman Bristone, in *The Lancet*, 3 déc. 1887).

Shelswell. — Myxœdème (Corresp. de *The Lancet*, 31 déc. 1887, p. 1314).

Stewart et **Thomson** (J.). — Myxœdème (*Med. chir. soc. of Cambridge* in *Brit. med. j.*, 17 déc. 1887. p. 1,337).

Sweet. — Insufflations de quinine dans la coqueluche (*The med. Rec.*, 7 janvier 1888).

Tanfield. — Un cas de goître kystique traité par « Shelling outt » (Bristol, *Med. chir. j.*, nº 18, déc. 1887).

Ungar. — De la coqueluche (*Berlin Klin. Woch.*, nº 50, 1887).

Vandermeersch. — Anévrisme de l'aorte descendante thoracique ouvert dans l'œsophage, autopsie, pièces (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 9 décembre 1887).

Weissenberg. — Contribution statistique au traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Centralb., Ztg.*, nº 33, 1887).

Weissenberg. — Encore un mot sur le traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Centr. Ztg.*, 92, 1887).

Weintrauler. — Du traitement de la coqueluche (*Allgem. med. Centre. : Ztg.*, n° 91).

NOUVELLES

Société de Rhinologie d'Amérique.

La sixième réunion annuelle aura lieu à Cincinnati (Ohio), en septembre 1888. M. le Dr Van Klein Dayton a été élu président pour cette session.

Congrès international d'Otologie de 1888.

Les soussignés, membres de la Commission organisatrice locale du Congrès international d'Otologie de Bruxelles, ont l'honneur de vous faire savoir que, pour la facilité des confrères qui désireraient assister à la réunion des médecins et naturalistes allemands à Cologne, le 4e Congrès international d'Otologie se tiendra à Bruxelles, non pas du 5 au 10 septembre, ainsi qu'une première circulaire l'avait annoncé, mais bien du 10 au 16 septembre 1888.

Voici quelques dispositions prises au Congrès de Bâle que nous avons cru opportun de conserver.

On est prié de faire connaître jusqu'au 15 mai 1888 les sujets sur lesquels on désire faire des communications. En dehors de celles-ci et des discussions, il est désirable qu'il soit fait des démonstrations d'instruments et de préparations macrocopiques et microscopiques.

Les confrères désireux d'assister au Congrès, sans avoir l'intention d'annoncer des communications, sont priés de faire connaître leur intention à cet égard, afin de permettre au Comité d'être fixé à temps sur le nombre probable des visiteurs.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 mai 1888.

Au commencement de juin 1888, le programme détaillé du Congrès et des communications annoncées sera envoyé à tous les confrères qui auront fait parvenir leur adhésion.

Les langues officielles du Congrès seront le français, l'allemand, l'anglais, l'italien, le néerlandais. Toutefois l'usage d'une autre langue sera permis, s'il se trouve dans l'Assemblée un membre capable de résumer les communications en l'une des langues officielles.

Pour le Comité organisateur local :

Le Secrétaire,
Dr Ch. Goris.

Le Président,
Dr Ch. Delstanche.

N.-B. — La cotisation fixée à 20 francs donne droit au compte-rendu imprimé des travaux. Adresser les communications relatives au Congrès, au secrétariat, 143, rue Royale, à Bruxelles.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

DE L'ÉPISTAXIS GÉNITALE

Par le Dr JOAL (du Mont-Dore).

(Suite et fin.) (1)

III

Ces faits et citations sont bien de nature, nous l'espérons, à faire entrer la conviction dans les esprits, à montrer les rapports intimes qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur, et à établir l'influence des excitations génitales sur le développement dans les fosses nasales de phénomènes physiologiques et pathologiques. Parmi ces phénomènes nous voyons, en première ligne, la turgescence du tissu érectile qui nous intéresse plus spécialement; nous pouvons dès lors conclure *à priori* à l'existence d'épistaxis d'origine génitale, car nous savons que les corps caverneux une fois en érection, il suffit d'une rupture vasculaire des capillaires dilatés et friables pour déchirer la membrane nasale très mince, et permettre à l'épistaxis de se produire. Cette opération n'est du reste pas en contradiction avec les résultats de l'observation clinique.

Morell Mackenzie rapporte un fait d'Hildanus, relatif à un homme pléthorique nouvellement marié, qui fut pris, immédiatement après le coït, d'une violente hémorragie nasale, probablement causée par cet acte.

Cloquet dit dans son Osphrésiologie : « On a vu des individus d'un tempérament sanguin être affectés d'hémorrhinie après le coït. »

Génie, dans sa thèse inaugurale (1876), indique également les excès de coït comme susceptibles de provoquer des hémorragies nasales; nous devons, toutefois, faire remarquer que ces auteurs se méprennent sur l'interprétation des faits, et qu'ils attribuent à la pléthore, à des efforts, ce qui est dû à l'excitation sexuelle.

Isch Wall connaît deux jeunes gens qui, à chaque coït, étaient pris, au début de leur vie génitale, d'épistaxis.

(1) Voir n° 2, février 1888.

Actuellement encore, ces personnes ont de la gêne de la respiration nasale au moment des rapprochement sexuels.

Enfin la plupart des épistaxis supplémentaires rentrent dans le cadre des épistaxis génitales; l'irritation ovarienne et utérine de l'époque menstruelle produit encore par action réflexe le gonflement des corps caverneux et l'hémorragie consécutive. Voilà, selon nous, le mécanisme fort simple des épistaxis supplémentaires.

Hack professe les mêmes idées : « Un fait, écrit-il, me paraît être de la plus haute importance, c'est que la congestion provoquée par la menstruation vers les organes sexuels internes de la femme peut par réflexe avoir pour conséquence une congestion semblable vers les organes érectiles du nez. Cette congestion, on le sait, est quelquefois si forte que le nez saigne abondamment, et parfois ces pertes de sang sont tellement plus considérables que les pertes par voies physiologiques, qu'elles ont reçu le nom de vicariantes. »

M. Rendu dit dans une leçon clinique qu'il n'est pas rare de voir de véritables épistaxis menstruelles survenir chez des petites filles de douze à quatorze ans au moment où la menstruation vraie va s'établir.

Arviset estime que : « la disposition anatomique du tissu érectile des fosses nasales et la turgescence physiologique de ce tissu pendant les règles sont suffisantes pour expliquer la fréquence beaucoup plus grande des épistaxis que des autres hémorragies supplémentaires.

Nons allons montrer maintenant que l'onanisme peut être la cause de certains saignements de nez, en rapportant quelques cas d'épistaxis intimement liés à des pratiques honteuses.

D'abord rappelons un fait déjà ancien, dont nous n'avons saisi l'interprétation et le mécanisme qu'à la lecture du mémoire de John Mackenzie; c'est du reste ce fait qui nous a conduit à étudier cette intéressante question des épistaxis spontanées, et a été le point de départ de ce travail.

Obs. I. — Il s'agit d'un pauvre garçon de quatorze ou quinze ans que nous avons connu autrefois au lycée, et qui se livrait à la masturbation. Ce malheureux élève, paresseux et incapable de tout travail intellectuel, avait trouvé, pour éviter les punitions, un moyen qu'il jugeait ingénieux et dont il se targuait sans aucune espèce de pudeur. Il se masturbait avec fureur plusieurs fois de suite jusqu'à ce que le sang coulât de son nez, et qu'il fût conduit à l'infirmerie. Les épistaxis assez abondantes et assez répétées amenèrent bientôt un état prononcé d'anémie et de débilitation générale, et on dut renvoyer le jeune homme dans sa famille.

Voici deux autres observations qui nous semblen aussi très concluantes.

Obs. II. — En 1886, une dame du nord de la France, de tempérament asthmatique, ayant des accès d'asthme que nous traitons depuis plusieurs années, vient au Mont-Dore avec son fils, grand garçon de quatorze ans. Ce jeune homme est depuis quatre à cinq mois sujet à de fréquentes épistaxis qui sont mises sur le compte de l'anémie, et, suivant l'avis du médecin, la mère a emmené son fils avec elle, pour le fortifier et lui faire respirer l'air des montagnes. Lorsque nous voyons ce garçon, il n'a pas eu de saignement de nez depuis une dizaine de jours, et à l'examen rhinoscopique nous constatons à droite un gonflement assez marqué de la muqueuse du cornet inférieur; sur la cloison, à la partie antéro-inférieure, il n'y a pas de dilatations vasculaires. Mais nous sommes frappé par le facies du malade ; il a les yeux ternes, la paupière inférieure est entourée d'un cercle bleuâtre ; la peau est presque terreuse, le front est rempli de boutons d'acné, les traits sont tirés, tout indique un certain degré d'abrutissement. Nous soupçonnons aussitôt que cet état est dû à la masturbation. Nous prescrivons au malade des douches froides. Tout se passe bien pendant quelques jours, puis un matin nous sommes appelé auprès du jeune homme qui saigne assez abondamment par la narine droite; il a eu des épistaxis déjà la veille et l'avant-veille, et la mère nous faisant remarquer

que les hémorragies se produisent après des séjours prolongés aux lieux d'aisance, nous demande si les saignements de nez ne tiennent pas à de grands efforts de défécation. Notre opinion est faite; le lendemain nous interrogeons le malade en particulier, nous le menaçons d'une opération douloureuse à l'anus, et après quelques questions, il finit par nous avouer que c'est aux cabinets d'aisances qu'il se livre à l'onanisme; il reconnaît également que les hémorragies nasales surviennent lorsque les pratiques honteuses sont répétées un certain nombre de fois dans la journée.

Obs. III. — En février 1887, nous sommes appelé auprès d'un jeune homme de seize ans, grand et mince, qui est chasseur dans un cercle; nous trouvons ce sujet atteint d'une épistaxis assez abondante; depuis un quart d'heure environ le sang tombe goutte à goutte de la narine droite; un tamponnement antérieur ayant été fait, le sang est sorti par l'autre narine et a pénétré dans l'arrière-gorge. Au moyen d'injections froides, de bourdonnets de charpie et de poudres astringentes nous arrêtons assez facilement l'hémorragie qui s'est déclarée à la suite d'éternûments violents, mais qui n'a été que la répétition d'une épistaxis plus légère survenue pendant la nuit dans les conditions suivantes. Ce garçon vicieux se trouvait, avec un camarade plus âgé qui nous conte la chose, dans une maison de prostitution, et il venait pour la seconde fois de pratiquer le coït lorsqu'il fut pris d'un saignement de nez qui cessa rapidement sous l'influence de lotions fraîches. Une fois sur cette piste il ne nous est pas difficile de faire dire au malade, que depuis près de deux ans il était pris fréquemment d'épistaxis, qui se montraient surtout aux époques où il se livrait avec le moins de retenue à l'onanisme. Ce drôle ajoute même en riant et sans le moindre respect humain que parfois il se masturbait à l'excès pour provoquer des hémorragies nasales qui le débarrassaient de violents maux de tête (céphalalgies réflexes évidemment d'origine nasale). Cinq jours après nous examinons les fosses nasales du malade, et ne pouvons découvrir le point de la

muqueuse par où est sorti le sang. La membrane des cornets est rouge et tuméfiée, surtout au niveau du cornet inférieur droit; nous ne voyons pas la moindre varice nasale. Dernièrement nous avons revu ce sujet, il nous a affirmé qu'il s'était corrigé de ses mauvaises habitudes, et qu'il n'avait plus de saignements de nez; mais faut-il tenir un grand compte de ces déclarations? Nous n'oserions nous porter garant de la guérison de ce masturbateur.

Notre ami le Dr Girod, professeur à la Faculté des Sciences de Clermont-Ferrand, à qui nous faisions part de nos recherches sur les rapports du nez et des organes génitaux, a bien voulu mettre à notre disposition les deux faits suivants. Témoignons-lui d'abord notre reconnaissance et disons que le premier cas est celui d'un confrère de l'Est, camarade d'études du Dr Girod, à qui il vient de raconter son histoire dans une lettre pleine d'humour.

Nous en extrayons quelques passages :

Obs. IV. — A dix ans je fus pris des premiers désirs érotiques. La vue, le souvenir de quelque chose de féminin me poussait à des érections violentes, et cependant j'ignorais ce que c'était qu'une femme. Comment ma main se porta-t-elle à mon membre surexcité? Je ne sais, mais bientôt je pris goût aux attouchements et quelques mois après je constatais une première éjaculation. Je crus à une émission d'urine, et trouvant ce procédé d'uriner beaucoup plus agréable, je m'en donnais à cœur joie! Je me souviens de m'être procuré certain jour cinq ou six pollutions.

Je fus pris à cette époque de violents saignements du nez; c'était la croissance, disait-on ; le médecin de la famille me prescrivit quelques remèdes ; je devais quitter régulièrement la classe pour aller à la fontaine... Hélas ! je m'égarais souvent dans la salle de gymnastique pour profiter de la solitude et me donner quelque douce satisfaction.

Les épistaxis continuèrent, souvent deux fois par jour lorsque je me procurais beaucoup de plaisir! Je fus alors atteint d'accès d'asthme d'une intensité extrême. Enfin, vers l'âge de

quatorze ans je fus pris de douleurs violentes, aux lombes et aux membres inférieurs ; je dus m'aliter. Je saignais toujours du nez, et je me masturbais avec fureur. Le médecin comprit, m'admonesta sévèrement et m'annonça de terribles conséquences si je persistais dans mes habitudes. Je ne me sevrai pas complètement, mais je fus plus sage.— Ainsi j'atteignis le bachot qui me jeta dans les bras de la femme. Mes modiques ressources de lycéen me mettaient dans l'obligation d'espacer mes nouveaux plaisirs ! Mes saignements de nez disparurent.

Mais Paris trouva ma bourse d'étudiant bien garnie, je rattrapai le temps perdu... et mes malaises antérieures revinrent. Des accès de toux spasmodique et d'abondantes épistaxis ont maintes fois prolongé les insomnies commencées dans les plaisirs.

Depuis je me suis fait vieux, sérieux, père de famille, mais aux jours de fête et d'abondance, la toux nasale et les épistaxis reparaissent. Pour moi, il est certain que mes saignements de nez ont une origine génitale.

Le Dr Girod nous communique un second fait qu'il a observé, il y a trois ans, et qui a rendu évidentes à ses yeux les relations des organes génitaux et du nez. Notre excellent confrère est un chaud partisan des idées que nous défendons, il est persuadé que la masturbation joue un rôle prépondérant dans la production des épistaxis des adolescents. Voici ce second cas :

Obs. V. — Pendant une excursion scientifique en Suisse, j'avais pour compagnon de route un jeune D..., âgé de quatorze ans, placé par sa famille sous mon autorité paternelle. Dès le début du voyage des saignements de nez violents se manifestèrent chez le jeune touriste.

Était-ce le changement d'air, l'influence des altitudes? Non, car le jeune D... reconnaissait avoir de fréquentes épistaxis depuis près de deux ans. A Lucerne, le saignement de nez fut si violent et si persistant que nous dûmes retarder d'un jour le départ.

Instruit par les confidences que m'avait faites autrefois le

camarade dont il vient d'être question, je soupçonnai bientôt la vraie cause des épistaxis, je poussai un interrogatoire fort serré, et j'obtins les aveux du jeune homme. Il s'adonnait à l'onanisme, et les épistaxis survenaient aussitôt que les pratiques vicieuses étaient trop souvent répétées. J'ouvris au malade les yeux sur les conséquences graves de la masturbation, et mes conseils produisirent le résultat souhaité, les épistaxis cessèrent avec les excès génitaux.

Enfin notre ami le Dr Lemarchand de Trigon, médecin à Royat, qui a bien voulu interroger ses malades sur le point qui nous intéresse, a recueilli l'observation suivante :

Obs. VI.— Mlle X... est âgée de seize ans, elle est petite et brune, de tempérament nerveux ; elle a été réglée à l'âge de quatorze ans ; elle a joui d'une bonne santé jusqu'à cette époque. Elle m'est envoyée pour être examinée au laryngoscope, car elle est atteinte d'une aphonie complète, et le miroir laryngien permet de constater que les cordes vocales inférieures restent immobiles pendant la phonation. La malade a été affectée, à d'autres reprises, de troubles laryngés qui ont consisté en perte de la voix ou en enrouement.

Ces accidents paraissent se manifester sous la dépendance de troubles utéro-ovariens ; l'aphonie vient principalement au moment des règles qui sont peu abondantes et irrégulières. La jeune fille a aussi de fréquentes épistaxis qui se manifestent soit aux époques menstruelles soit dans l'intervalle qui sépare les règles. La malade a les yeux ternes, les pupilles sont dilatées, les paupières inférieures sont entourées d'un cercle bleuâtre : à la région temporale la peau est ridée, toutes indications d'habitudes vicieuses probables.

La malade avoue du reste se livrer à l'onanisme.

A l'examen rhinoscopique la muqueuse nasale est rouge et tuméfiée surtout au niveau du cornet inférieur, bien qu'il n'y ait pas eu de saignements de nez depuis plusieurs jours. Ayant continué mon interrogatoire, la jeune fille n'hésite pas à reconnaître que les épistaxis, en exceptant celles des périodes

menstruelles, se produisent principalement lorsqu'elle s'abandonne avec excès à ses plaisirs solitaires.

Tels sont les faits que nous mettons en avant pour établir que certaines épistaxis sont provoquées par des excitations sexuelles, par la masturbation. Ces observations sont peu nombreuses, il est vrai, mais on doit tenir compte des difficultés que l'on rencontre dans des recherches de ce genre; bien des jeunes personnes répondent aux questions par des dénégations absolues; souvent aussi il faut interroger avec la plus grande discrétion si l'on ne veut courir le rique d'apprendre aux enfants ce qu'ils ignorent. De toute façon nous ne doutons pas que, malgré leur nombre restreint, ces observations paraissent assez nettes et assez probantes pour permettre de conclure à l'existence d'épistaxis génitales liées dans certains cas à des habitudes vicieuses. C'est la première fois que pareille opinion est émise, soit en France, soit à l'étranger. Nous devons cependant à la vérité de déclarer que Germain Sée a cité l'onanisme parmi les causes de l'épistaxis, mais hâtons-nous d'ajouter que cet auteur s'est mépris sur la véritable interprétation des phénomènes; il estime en effet que la masturbation n'intervient dans la pathogénie de l'hémorragie nasale qu'en amenant un état anémique : « L'épistaxis, dit-il, est l'indice d'une débilitation résultant parfois d'un développement exagéré ou de la puberté ou d'un mauvais régime et plus encore du travail intellectuel ou de l'onanisme. » Nous soutenons au contraire que dans la production des épistaxis, spontanées, l'influence de l'anémie est assez hypothétique. Ce n'est pas en occasionnant une altération des principes du sang que la masturbation détermine des saignements de nez; l'irritation sexuelle agit directement en donnant lieu à des réflexes qui se produisent avec d'autant plus de facilité qu'il existe des rapports intimes, de vraies sympathies entre le nez et l'appareil de la reproduction.

Ces relations nasales et génitales sont encore peu connues du public médical, ce qui explique pourquoi l'attention de nos confrères n'a pas encore été attirée sur les conditions étiologiques dans lesquelles se développaient les saignements de nez des adolescents ; mais cette notion de sympathies une fois répandue dans le monde scientifique, nous sommes persuadé que la rencontre de faits nombreux viendra confirmer notre manière de voir et démontrer la fréquence des épistaxis génitales. A l'heure actuelle nous ne pouvons indiquer aucun chiffre, établir aucune proportion; la question est encore à l'étude; des cas recueillis isolément ne permettent pas de dresser la moindre statistique. Mais étant données la vulgarisation des pratiques honteuses et l'influence du foyer génital sur le tissu érectile du nez, il est probable que les hémorragies d'origine sexuelle occupent le premier rang parmi les épistaxis des adolescents. Nous croyons même que l'épistaxis spontanée est l'apanage exclusif de l'adolescence, parce que de tous les agents étiologiques le facteur génital est le seul qui fasse surtout sentir son action au moment de la puberté. La goutte, le rhumatisme, la pléthore, l'anémie, les varices nasales et autres causes des hémorragies essentielles agissent aussi bien sinon plus à l'âge adulte; seule, l'irritation génitale intervient principalement à l'époque de l'adolescence. C'est à la puberté que les excès sexuels résultant de l'onanisme s'observent le plus souvent, c'est alors qu'ils impressionnent le plus vivement les jeunes organismes. C'est en outre à cet âge que commence pour les individus la vie génitale, et que se développent les organes sexuels, que s'éveillent les fonctions procréatrices : d'où une irritation physiologique de l'appareil de la génération, irritation qui est suffisante pour déterminer le réflexe qui aboutit à la turgescence des corps caverneux du nez et à l'épistaxis.

CONCLUSIONS.

1° Les classifications en usage ne sauraient être accep-

tées. Nous proposons de diviser les épistaxis en : 1° traumatiques et ulcéreuses ; 2° dyscrasiques ; 3° mécaniques ; 4° vaso-motrices.

2° Ce dernier groupe comprend les épistaxis essentielles, idiopathiques, spontanées, les seules dont nous ayons à nous occuper ; la pathogénie en est facile à expliquer. Par action réflexe d'origine locale ou éloignée, le tissu érectile entre en turgescence ; et, si la tension sanguine est trop considérable et dépasse la limite d'élasticité des capillaires dilatés qui forment le tissu caverneux, ceux-ci se déchirent, et leur rupture entraîne aussi le déchirement de la muqueuse réduite à son revêtement épithélial.

3° Le tissu érectile est susceptible de se gonfler à la suite d'une excitation légère soit de la muqueuse nasale, soit de la peau, soit de l'œil, soit par suite de phénomènes psychiques.

4° Mais la cause la plus fréquente des épistaxis qui se manifestent à l'âge de la puberté est l'irritation physiologique ou pathologique des organes sexuels.

5° Il existe des rapports intimes, une véritable sympathie entre le nez et l'appareil de la reproduction.

6° Influence de l'odorat chez l'homme et les animaux sur les fonctions génératrices.

7° Turgescence du tissu érectile des cornets, déterminée par l'acte génital ou par la congestion menstruelle ; retentissement des affections des organes génitaux sur les maladies du nez.

8° Épistaxis cataméniales et copulatives.

9° Enfin cas d'épistaxis occasionnées par la masturbation.

10° Les six faits rapportés rendent manifeste l'action de l'onanisme, et font ressortir l'importance du facteur génital dans la production des épistaxis des adolescents. Celles-ci peuvent du reste survenir sous l'influence d'une irritation physiologique de l'appareil sexuel. Loin de nous l'idée que toutes les épistaxis de l'enfance et de la puberté résultent de la masturbation.

UN CAS DE KYSTE DE LA CORDE VOCALE

Par le Dr **O. SEIFERT**, Privatdocent à Wurzbourg.

Chiari, dans son livre tout nouveau (1), a publié un cas manifeste de kyste de la corde vocale qui trouve son analogue dans une observation qu'il m'a été donné de faire tout récemment et qui mérite de venir enrichir la statistique des kystes du larynx.

Dans l'observation de Chiari, il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint de raucité. Sur la corde vocale gauche, on remarquait une tumeur de la grosseur d'une fève, grisâtre, à surface lisse, qui, lors de la phonation, était projetée en haut ; il était évident qu'il s'agissait là d'un kyste, tout au moins d'un polype en dégénérescence kystique. On en fit l'extirpation avec les pinces.

Le cas qu'il m'a été donné d'observer a trait à une personne de 62 ans, habitant une localité des environs de Wurzbourg. Le malade vint par hasard à ma clinique le 2 septembre 1887 pour servir de sujet d'étude à mes élèves.

Je n'avais auparavant jamais examiné le malade et je fus très étonné quand un des élèves qui avait regardé son larynx vint me dire que celui-ci était porteur d'une tumeur. Je contrôlai ce diagnostic et je pus me convaincre de son exactitude. Par les anamnestiques, j'appris que le patient était, depuis des années, atteint d'une toux qui parfois dégénérait en attaques très vives. La voix est un peu couverte, mais parfois aussi, durant des journées entières, elle est complètement enrouée ou presque éteinte.

Le malade n'accuse pas d'attaques de dyspnée.

État actuel. Malade petit, bien pris, assez bien constitué. La voix est quelque peu voilée et rude. Épiglotte

(1) *Erfahrungen auf dem Gebiete des Hals und Nasenkrankheiten*, Wien 1887.

normale, orifice du larynx régulier. Les cordes vocales fonctionnent régulièrement pendant la phonation et la respiration. Sur la partie moyenne de la corde vocale gauche on aperçoit très manifestement, sortant à gauche ventricule de Morgagni, une tumeur arrondie, du volume d'une noisette. A sa surface lisse se montre un vaisseau bleu rougeâtre assez volumineux. Cette tumeur a un aspect transparent, hyalin.

A un examen plus approfondi, et surtout quand on fait pratiquer au malade des inspirations rapides, on peut alors s'assurer que l'opinion d'après laquelle la tumeur naîtrait du ventricule de Morgagni n'est pas exacte.

Cette tumeur en effet, dans les inspirations rapides, se place entre les cordes vocales ou au-dessous d'elles, et de par cette situation on est forcé de convenir qu'elle doit s'insérer ailleurs que dans le ventricule de Morgagni. La tumeur étant placée entre les cordes vocales, soudainement la phonation est empêchée et la voix s'éteint complètement; si elle plonge dans la cavité du larynx, il survient alors de violentes quintes de toux qui de nouveau la ramènent à la surface de la corde vocale gauche. — Ces changements de position de la tumeur semblent indiquer qu'elle possède un pédicule mince et très allongé situé à la partie inférieure de la corde vocale gauche, tout près de son bord libre où il prend son insertion.

La transparence de la tumeur, son aspect hyalin, sa surface lisse faisaient penser qu'il s'agissait d'un kyste, et à mon premier examen j'avais supposé que ce kyste provenait du ventricule de Morgagni ainsi qu'on en a signalé (Pravaz, Virchow, Bruns, Gibb, Schiffers) plusieurs cas. Mais je faisais une erreur de diagnostic, comme j'ai pu m'en convaincre en répétant maintes fois mon examen, puisque la tumeur provenait de la partie inférieure du larynx. Un examen plus approfondi permit cependant de conclure qu'il s'agissait bien d'une tumeur kystique ; en effet il a été démontré par Waldeyo et

Gottstein (1) que dans des cas rares la direction normale à une certaine distance au-dessous du bord libre de la corde vocale des glandes muqueuses pouvait varier pour un ou deux tubes glandulaires qui pouvaient alors se placer tout près du bord libre de la corde vocale, de telle sorte que ces tubes glandulaires, anormalement situés dans une partie animée de mouvements (suivant l'opinion de Sommerbrodt), pourraient être facilement affectés.

Il s'agissait, selon toute vraisemblance, chez mon malade, d'une anomalie glandulaire de ce genre et d'un kyste par rétention situé à la partie inférieure de la corde vocale tout près de son bord libre. L'extirpation de la tumeur qui aurait fixé définitivement le diagnostic n'a pu être faite, le malade n'ayant pas voulu s'y résoudre.

COMPTE RENDU
DU
XIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ITALIENS
Tenu à Pavie, du 19 au 26 septembre 1887.

SECTIONS DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE.

Présidence de M. MASSEI pour la laryngologie,
M. LONGHI, pour l'otologie.

CALIGNANI (Plaisance). — **Nouvelle méthode pour la résection du nerf maxillaire inférieur.**

Le rapporteur, au lieu d'inciser la muqueuse buccale, incise la peau dans un point intermédiaire au lobe de l'oreille et à l'angle du maxillaire inférieur. Il pénètre profondément jusqu'au périoste, qu'il incise et détache avec les autres tissus. Enfin, il accroche le nerf qu'il amène au dehors et sectionne suivant les indications.

Le rapporteur croit cette méthode facile et sûre.

BOTTINI (Pavie) croit aussi sûre et aussi facile la méthode

(1) *Sommerbrodt* : 1/5 Berl., Klin. Woch. 1872.

endo-buccale de M. Parravicini, et il ajoute que de cette façon, dans les cas ordinaires, on peut avec plus de facilité découvrir le nerf, qui se montre nettement sous la muqueuse. De cette manière, on ne détermine pas de cicatrice extérieure. Il comprend l'opportunité de la nouvelle méthode dans des cas spéciaux, par exemple dans les cas de macroglossie et de resserrement des mâchoires, où on ne peut pas pénétrer par la bouche.

Cozzolino (Naples), rapporte des cas de *psoriasis buccal*, et il fait remarquer que le meilleur traitement est la galvano-caustie. Il ajoute que le psoriasis est indépendant de la syphilis.

Masini partage cette opinion, mais Tommasoli la croit trop absolue.

Bozzolo (Turin). — **Nouveau symptôme pour le diagnostic des anévrysmes thoraciques.**

Se fondant sur les observations de Ceradini et Mosso, relativement aux mouvements que subit la colonne d'air des fosses nasales et sur les relations de celle-ci avec les mouvements du cœur, l'auteur applique l'étude de ce phénomène au diagnostic des anévrysmes thoraciques.

Il distingue les quatre classes suivantes :

1° Le pouls positif des narines, la glotte étant ouverte ;

2° Le pouls des narines est positif, la glotte étant ouverte, mais il est précédé par un léger pouls négatif, correspondant au commencement de la systole. A celui-ci fait suite un pouls positif plus ou moins fort, pendant que la systole du cœur continue ;

3° Si *l'ictus cordis* est négatif, le pouls des narines, à glotte ouverte, est positif ;

4° Pendant la période systolique, le pouls des narines reste toujours négatif.

Et voici ses conclusions :

1° On peut soupçonner l'anévrysme thoracique d'après les modifications du pouls des narines ;

2° Le pouls des narines peut être positif à glotte ouverte, par suite d'un anévrysme ;

3° Quand il n'y a pas élévation considérable des côtes, le pouls négatif à glotte ouverte dans les anévrysmes de l'aorte thoracique peut indiquer la présence des caillots dans l'anévrysme et aussi une tendance à la guérison ;

4° D'après l'examen du pouls des narines, on peut bien étudier le mécanisme du cœur et ses vices organiques.

FRIGERIO (Alexandrie). — **Contribution à l'étude de la localisation de l'odorat.**

L'auteur rapporte un cas clinique observé par lui. Il s'agissait d'un homme avec délire systématisé primitif de persécution mégalomaniaque. Le malade offrait des symptômes de perversion de l'odorat et chaque chose lui semblait sentir le soufre. Il succomba, et à l'autopsie on constata une atrophie du grand pied de l'hippocampe du côté gauche.

L'auteur attribue l'altération anatomique à un coup sur l'occiput, avec répercussion sur les centres nerveux, et en particulier sur le grand pied de l'hippocampe gauche.

BASSINI (Padoue). — **Résection ostéoplastique du nez pour l'extirpation des polypes.**

Il expose une méthode opératoire qui lui est personnelle. C'est une modification de celle de Langenbeck. Il la dit avantageuse, parce qu'elle ouvre une plus large voie, sans qu'il soit besoin de détacher les os du nez.

NOVARO (Siène) fait remarquer que la voûte palatine est la voie la plus courte pour l'extirpation des polypes insérés dans le pharynx nasal.

BASSINI recommande sa méthode spécialement pour les néoplasmes du nez en récidive et aussi quand on doit pratiquer la résection des cornets.

KRUK (Pavie). — **Sur les végétations adénoïdes naso-pharyngées en Lombardie.**

D'après les observations du rapporteur, les végétations adénoïdes seraient plutôt fréquentes à Pavie et à Milan. Il en

a observé vingt cas sur deux cent quarante malades. Il présente aussi des préparations microscopiques.

MASINI fait des objections.

BREDA (Padoue) rapporte l'examen anatomique pratiqué dans un cas d'**érythème noueux du larynx et de la trachée.**

L'érythème se manifesta sous forme de tuméfaction aiguë à la région auriculaire, et aussitôt diffusion à la muqueuse du larynx et au testicule. Fièvre pendant deux mois. Après cinq mois, sur toute la peau on observait de nombreuses nodosités; il en existait aussi sur la muqueuse du palais.

A l'examen microscopique, on constata que le derme et le tissu sous-cutané contenaient des éléments cellulaires lymphoïdes nombreux : les vaisseaux sanguins étaient dilatés: œdème des follicules et des glandes sébacées ; nerfs sains ; absence de micro-organismes.

DE AMICIS (Naples) observe que selon la marche, l'issue et les stigmates de l'affection, il pourrait s'agir de **mycosis fungoïdes.**

MASINI G. — **Sur les centres moteurs du larynx.**

A la suite de nombreuses expériences pratiquées dans le laboratoire du professeur Luciani, à Florence, il expose les résultats suivants :

Dans les hémisphères antérieurs — probablement dans la troisième circonvolution frontale, près de l'aire de Broca et du pied de la frontale ascendante, il existe une zone qui préside aux mouvements de la glotte.

NEGRO (Turin) fait observer que dans les expériences rapportées il se pourrait bien que l'excitation se fût propagée d'un point à un autre.

FERRARI (Parme). — **Résultats de trente-deux trachéotomies pratiquées dans des cas de diphtérie.**

Il rapporte quatorze cas de guérison et dix-huit morts. Il fait observer que cette statistique est meilleure que celle de

Lowet et Monro qui rapportent 2 pour 0/0 de guérisons. L'auteur croit que les bons résultats sont dus à l'intervention hâtive du chirurgien et à l'observation rigoureuse de toutes les règles antiseptiques. Dans certains cas, il y a eu de la nécrose des anneaux de la trachée, due à la compression exercée par la canule.

Proth (Saxari) rappelle qu'on peut alors employer des canules de Durham.

Ceci et Carle (Turin) disent que chaque chirurgien aujourd'hui observe les mêmes règles. Ils font remarquer que les bons résultats dans la trachéotomie sont dus surtout à la prompte intervention du chirurgien, qui souvent ne peut pas intervenir par suite de l'ignorance et des préjugés des familles.

Paladini (Empoli). — **Un corps étranger dans les voies respiratoires et nouvel instrument pour l'extraction.**

Il rapporte le cas d'un petit caillou introduit dans la bronche droite, et décrit l'instrument employé pour l'extraction. C'est une canule spéculum bivalve.

L'instrument est trouvé bon, et recommandé aussi dans les cas de diphtérie hypoglottique.

Massei (Naples). — **Erisypèle du larynx.**

Il rappelle son étude sur cette affection (dont la *Revue* a déjà publié un résumé). Il signale la différence entre l'affection phlegmoneuse, l'œdème simple, l'œdème angio-névrothique, et conclut en recommandant les études bactériologiques.

Masini (G.) rapporte des études comparatives sur le **traitement de la laryngite hypertrophique par le grattage, le galvano-cautère et l'acide lactique.** Il conclut en donnant la préférence au grattage.

Masini (O.) (Gênes) : **Sur un cas de dégénérescence colloïde des glandes micipares du larynx.**

Il expose l'étude qu'il a eu le premier l'occasion de faire

sur le larynx d'un individu mort empoisonné par l'arsenic.

L'altération la plus considérable existait au niveau des glandes mucipares et spécialement dans leur canal excréteur. Il y avait de nombreux corps refringents, jaunâtres qui remplissaient et dilataient la cavité et ressemblaient aux cylindres colloïdes qu'on trouve dans les reins à la suite d'une inflammation chronique.

Ces corps réfringents traités avec l'acide sulfurique et la teinture d'iode ne présentaient pas la coloration propre à la substance amyloïde; mais, traités avec l'acide osmique, ils prenaient la coloration brune.

FERRERI (Rome). — **Sur le traitement des polypes laryngiens.**

Il fait l'analyse des instruments employés jusqu'à présent pour l'ablation des néoplasmes laryngés et spécialement des papillomes, et décrit un instrument employé dans la clinique de Rome. C'est une curette de Volkmann, modifiée pour le larynx. Le rapporteur lui donne la préférence.

MASSEI et MASINI sont d'un avis contraire.

MASINI O. (Gênes). — **Sur la néoformation des vaisseaux lymphatiques dans le larynx.**

L'auteur, en rapportant les expériences pratiquées, démontre que la néoformation des vaisseaux lymphatiques est différente de celle des vaisseaux sanguins. Il dit que dans un tissu nouveau, les vaisseaux lymphatiques apparaissent après les sanguins, et se trouveraient parmi les faisceaux du tissu connectif, en le complétant à mesure que le tissu se développe.

MASINI G. — **Sur un cas de paralysie isolée et complète de l'aryténoïdienne.**

Il s'agissait d'une dame hystérique, qui perdit la voix tout de suite, après un refroidissement. Guérison avec l'électricité.

JAIA. — **Diphtérie et son traitement par la résorcine.**

Il a obtenu trente-quatre guérisons sur trente-six cas,

traités avec des pulvérisations de résorcine pendant que la mortalité, dans la même épidémie, était de 93,28 0/0.

Cozzolino (Naples) réclame la priorité pour cette méthode de traitement.

Jaia lui fait observer qu'il n'a pas parlé de priorité.

Sanquirico (Siène). — Sur **l'extirpation de la glande thyroïde**.

L'auteur veut démontrer, avec ses expériences, que le manque d'oxygène, rencontré par Albertoni et Tizzoni dans le sang des animaux, après l'ablation de la glande thyroïde, n'est pas la cause absolue de la mort. Il rapporte, d'après ses expériences, qu'aussi dans la forte dyspnée et le jeûne il y a dans le sang un manque d'oxygène, plus qu'à la suite de l'ablation du corps thyroïde, mais il n'y a pas de phénomènes graves, et jamais de cas de mort.

Il croit donc que la fonction du corps thyroïde, déclarée hémopoïétique par Tizzoni et Albertoni, n'est pas encore bien déterminée.

Tizzoni rappelle que Bert et autres ont étudié le manque d'oxygène dans le jeûne et la dypsnée, mais ils ne l'ont pas trouvé aussi grand. Il fait observer que les expériences d'Albertoni et les siennes ont été pratiquées peu de temps après l'ablation de la glande thyroïde (avant l'influence du jeûne), et que Calzy a arrêté la cachexie strumiprive avec la transfusion de sang.

De Paolis (Turin) rapporte les résultats obtenus avec l'**Enucléation intra-capsulaire et intra-glandulaire du goître**, pratiquée dans douze cas, au lieu de l'extirpation totale ou partielle du thyroïde pour éviter la cachexie strumiprive.

Il accorde à Porta la priorité de cette méthode et des recherches anatomo-pathologiques sur le sujet.

Bottini (Pavie) partage l'opinion du rapporteur.

Enfin, Bobone (San-Remo) a rapporté un cas de **Syphilis**

héréditaire avec graves lésions de la peau, de la langue, du voile du palais, de l'oreille, du larynx et de la trachée.

G. Masini. — Sur le traitement des **Manifestations gommeuses du larynx**, par les injections intra-musculaires de calomel.

G. Masini. — Sur un cas de **Syphilis du larynx**.

Scarenzio présente une malade atteinte de syphilis gommeuse du nez et du palais avec perforation traitée par la suture cutanée.

Ferreri (Rome) présente des ciseaux polypotomes.

(*A suivre.*) F. Cardone.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1888.

Présidence de M. Brown-Séquard.

Un cas d'allochirie auditive.

M. Gellé. — L'allochirie consiste dans la perception d'une sensation dans le côté opposé au point où l'excitation a lieu. Ainsi, on touche une cheville de la jambe droite et le patient, les yeux fermés, a la sensation de contact dans la place correspondante de la jambe gauche, par exemple. C'est Obeermeister qui le premier a signalé ce phénomène curieux.

Depuis, des faits nouveaux ont été cités et analysés par David Ferrier, Fisher, Leyden et par W. Hammond; Hutchinson, Brown-Séquard en ont publié des cas récemment.

La plupart des malades sur lesquels l'allochirie a été observée étaient atteints de tabes, ou d'affections de la moelle, traumatiques ou autres.

Voici la théorie émise par W. Hammond. Dans le cas de lésion médullaire unilatérale la confusion s'explique ainsi : l'impression sensitive gauche, par exemple, suit le cordon médullaire et s'arrête à l'obstacle à droite ; de là, elle se porte à gauche sur les fibres grises commissurales et conti-

nue son chemin sur le côté gauche du myélaxe jusqu'à l'hémisphère gauche.

Ainsi l'excitation est gauche et la sensation est droite et symétrique : la perception par l'encéphale est telle que c'est sur le côté opposé que la sensation est rapportée.

Dans le cas de lésions bilatérales, situées à des hauteurs différentes, on voit que l'impression peut subir deux arrêts et faire deux retours successifs sur les cordons médullaires ; d'où l'affaiblissement de la perception et son retard.

Ce mécanisme explique qu'on peut rencontrer une anesthésie absolue d'un côté du corps, avec conservation plus ou moins parfaite de la sensation subjective des deux côtés, et pourquoi l'anesthésie n'est pas un accompagnement nécessaire de l'allochirie.

Rappelons ici que les sections médullaires à la région dorsale déterminent de l'anesthésie du côté opposé à la section et de l'hyperesthésie du côté sectionné : d'après Brown-Séquard, la suractivité nerveuse s'expliquerait par la dilatation des vaisseaux de la moitié coupée de la moelle. Avec Hammond, j'insiste sur l'existence de cette hyperesthésie médullaire dans l'allochirie : cependant M. Longuet objecte qu'elle n'est pas corrélative du phénomène. On remarquera que, dans la généralité des faits rapportés jusqu'à ce jour, il s'agit toujours de la perception croisée des sensations cutanées. Le fait que je rapporte ici est un cas d'allochirie auditive.

Mlle X. est atteinte depuis longtemps de vertige de Ménière. Elle n'est ni paralytique, ni tabétique, ni hystérique, mais elle a des lésions évidentes des oreilles moyennes, surtout accusées à gauche (otite chronique à la période d'hyperplasie et de ramollissement).

Les sons impressionnent douloureusement l'oreille gauche, qui présente une hyperexcitabilité très manifeste.

Voici maintenant pour l'allochirie :

Cette jeune femme offre à l'auscultation de la *carotide droite* un bruit de piaulement intense qui s'accroît sous l'influence de la moindre émotion ou du plus petit effort.

Or, la malade ne perçoit pas ce bruit anormal par l'oreille droite (sa meilleure oreille cependant), mais bien par l'oreille gauche.

Voilà le fait ; quelle en est l'explication ? Ici, point de lésion médullaire ; on ne trouve qu'un seul élément saillant, c'est l'état d'hyperesthésie et d'hyperexcitabilité de l'organe de l'ouïe à gauche. Sans doute le bruit vasculaire se transmet dans toute l'étendue du crâne, et l'ébranlement maximum a lieu dans l'appareil auditif gauche dont la sensibilité est anormalement accrue. On sait, en effet, que si l'on place un diapason vibrant sur le vertex, on peut, en bouchant alternativement les méats auditifs, rendre la sensation droite ou gauche à volonté ; or, par cette occlusion, on a accru temporairement la sensibilité normale de l'oreille touchée, en même temps qu'on arrête le courant sonore.

Je risquerai aussi un complément d'explication de l'allochirie dans le cas spécial.

Nous savons que l'appareil d'accommodation binauriculaire est mis en jeu synergiquement des deux côtés dans l'audition, sous l'influence d'un acte réflexe inconscient ; mais, si cette adaptation est provoquée, ainsi les mouvements et déplacements qui la constituent sont des phénomènes perçus par la conscience, par le sensorium ; et c'est en réalité sur les perceptions conscientes de l'effort fait pour arriver à l'adaptation fonctionnelle, que se guide l'orientation au bruit. Je pense que chez notre malade la sensation produite à gauche doit être tellement supérieure qu'elle détermine la perception en ce sens et la déplace sous l'influence de l'hyperesthésie signalée.

M. Féré. — A propos de l'explication que vient de donner M. Gellé, je rapporterai certains faits qui me paraissent devoir être rangés dans le même cadre. On sait, en effet, que quelques cas d'anesthésie hystérique sont accompagnés de la perte du sens musculaire ; or, chez plusieurs de ces malades, alors que la contraction produite par la faradisation n'est pas perçue, il peut arriver qu'après quelques excitations énergiques il se produise des contractions dans le muscle symétrique du côté opposé, contractions qui sont nettement

perçues. Il s'agit alors d'une véritable allochirie musculaire.

M. Mathias Duval. — Dans nombre de cas, il existe un véritable écho des sensations fortes. Il semble qu'on pourrait expliquer ainsi les faits observés par M. Féré. L'excitation première ne serait pas perçue à cause de l'anesthésie, et l'écho seul le serait. M. Gellé fait jouer un rôle important à l'accommodation dans l'explication qu'il donne. Peut-on lui accorder une valeur aussi grande, alors qu'il s'agit d'un bruit produit au niveau du rocher et qui, dès lors, peut être transmis directement à l'oreille interne par l'intermédiaire des os du crâne?

M. Gellé. — Je répondrai d'abord que la transmission directe des sons à l'oreille interne sans intermédiaire de l'oreille ne me semble pas admissible. Dans ces conditions, ainsi que le démontrent plusieurs expériences, il y a perception d'un bruit mais non d'un son avec toutes ses qualités. On comprend dès lors que quand il s'agit, comme ici, d'un bruit qui n'est pas perçu par l'oreile saine, une hyperexcitabilité de l'oreille malade puisse le rendre perceptible. Il y a alors augmentation de l'excitation; non pas que l'excitant soit plus énergique, mais parce que l'organe récepteur est plus impressionnable.

M. Brown-Séquard. — Il est certain que les phénomènes d'allochirie sont susceptibles de plusieurs explications suivant les cas dans lesquels ils se présentent ; cependant il est une notion actuellement admise et qui, suivant moi, doit toujours être présente à l'esprit dans ces circonstances; c'est la suivante : les centres de perception ne sont pas spéciaux à chaque moitié du corps. Les deux centres généralement admis sont si intimement unis qu'en réalité ils n'en forment qu'un. Je ne veux pas m'étendre sur les conséquences qu'on pourrait en tirer, mais, je le répète, c'est là, je crois, qu'il faut chercher l'explication des phénomènes analogues à ceux dont viennent de nous entretenir MM. Gellé et Féré. (*Bullet. med.*, *1887*.)

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

LARYNX ET TRACHÉE

Histoire de la laryngologie depuis les temps les plus reculés jusqu'aux temps modernes, par le Dr Gordon-Holmes, traduit de l'anglais par le Dr Otto-Werner.

Le docteur Gordon-Holmes, de Londres, donne l'histoire de la laryngologie depuis son commencement; quoique la partie de l'ouvrage qui précède l'invention du laryngoscope ne possède pas d'intérêt scientifique, elle est cependant d'un intérêt historique indubitable, ne fût-ce que pour montrer le grand bien de l'invention de Garcia, Tûrck et Czermak. (*Wiener medicinische Presse*, 1887, n° 37.)

Rapports entre le centre de déglutition et le centre respiratoire, par le Dr Markwald.

Beaucoup d'auteurs ont attiré l'attention sur le phénomène suivant : quand on provoque un mouvement de déglutition excitant le laryngé supérieur ou le voile du palais, on aperçoit un mouvement concomitant du diaphragme semblable à un mouvement inspiratoire avorté (Schluckathmung, respiration déglutive). Cette respiration déglutive a lieu au premier temps de la déglutition. L'explication de ce phénomène était d'autant plus difficile que nous savons tous que, moyennant des mouvements de déglutition on peut suspendre la respiration plus ou moins longtemps. La respiration déglutive vient seulement 2 à 3 centièmes de seconde après la contraction des muscles mylohyoïdiens, c'est-à-dire après l'acte principal de la déglutition ; pendant cette respiration avortée la glotte reste béante. Dans cette respiration déglutive ce n'est pas seulement le diaphragme qui agit, car elle a lieu après la section des nerfs phréniques moyennant les muscles respiratoires auxiliaires; ce n'est pas la contraction des muscles mylohyoïdiens non plus qui la provoque, car elle a lieu après la section de la moelle ; elle se manifeste même pendant l'apnée. Elle cesse avec la destruction du centre respiratoire. D'après l'auteur, les centre

de respiration, de déglutition et les glossopharyngiens sont en connexion intime. Le centre de déglutition est ordinairement en repos, si par voie réflexe, il est excité, toute la série des mouvements de déglutition arrive ; les fibres déglutives du pneumogastrique excitent le centre respiratoire en même temps; ce centre répond à cette excitation à un mouvement inspiratoire; mais au moment même où ce mouvement est en voie d'exécution, il vient un ordre d'arrêt par l'intermédiaire des glosso-pharyngiens. Ce mouvement inspiratoire ébauché est la respiration déglutive; il a fallu une fraction de seconde de temps pour que les glosso-pharyngiens arrivent au centre respiratoire dont l'action a déjà commencé. Heureusement cette mise en mouvement du pneumogastrique peut encore s'arrêter, l'inhibition des nerfs glosso-pharyngiens peut encore se faire sentir sur la respiration, et l'animal peut ne pas s'engouer à chaque déglutition.

Le travail de l'auteur est plein de recherches intéressantes, élucidant complètement un point curieux, resté obscur longtemps, de la physiologie de la déglutition et apportant des faits nouveaux à la physiologie des centres nerveux. (*Journal de médecine, de chirurgie et de pharmacologie*, Bruxelles, novembre 1887).

D'une forme de laryngite simple à diagnostic difficile,
par le Dr Descroizilles.

La phlegmasie catarrhale du larynx se présente quelquefois chez les jeunes enfants sous une physionomie exceptionnelle qui lui donne de l'analogie tout à la fois avec la laryngite striduleuse et avec la laryngite diphtéritique. Comme dans la première de ces deux affections, on observe alors de la toux rauque et des accès de suffocation, séparés les uns des autres par des intervalles d'apyréxie complète, mais qui peuvent avoir assez d'intensité pour inspirer des inquiétudes sérieuses, quoiqu'on ne constate pas sur le pharynx aucune néoplasie. Comme dans le croup, il y a de la fièvre et des modifications de la voix pendant les phases de calme qui séparent les paroxysmes.

A l'appui de ces considérations qui ne présentent rien de bien nouveau, l'auteur cite les cas de deux petits malades qu'il vient d'observer. (*Journal médecine et chirurgie pratiques*, juillet 1887.) J. Joal.

Deux cas d'abcès intra-laryngés idiopathiques (*Two cases of idiopathic intra-laryngeal abcess.*) par le Dr G. Mac-Donald.

Les cas d'abcès idiopathique du larynx sont assez rares. Morell-Mackenzie en a réuni treize cas, le Dr Mac-Donald en rapporte deux observations nouvelles.

Premier cas. —Le malade, âgé de quarante ans, éprouve la sensation d'un corps étranger au larynx et présente de la dyspnée lorsqu'il gravit les marches d'un escalier. Le laryngoscope révèle de la sténose glottique due à la congestion et à l'œdème de la corde vocale gauche. L'œdème est surtout prononcé dans la région sous-glottique et sur le repli interaryténoïdien. La corde gauche est congestionnée et gonflée, la droite est fixée en position cadavérique. Bientôt le gonflement devint plus considérable. et la bande ventriculaire droite s'infiltra.

La dyspnée était intense. Une incision faite avec le bistouri laryngé de Mackenzie donna cours à une grande quantité de pus crémeux, et, quelques jours après, le malade était guéri.

Deuxième cas. — Le malade, âgé de trente-huit ans, très gêné pour respirer, présentait une congestion considérable de tout le côté droit du larynx. On constatait une tuméfaction du repli ary-épiglottique droit, la tumeur lésée, rouge pâle et translucide, paraissait reposer sur la bande ventriculaire ; elle était molle et fluctuante à l'attouchement à la sonde laryngée. L'abcès fut ouvert par une incision avec la sonde laryngée, et, le pus évacué, la tumeur s'affaissa. Le malade guérit. (*The Lancet*, 24 septembre 1887.) J. Ch.

Les complications laryngées dans la fièvre typhoïde.
par le Dr P. Tissier.

Les manifestations laryngées de la fièvre typhoïde sont : soit légères, passagères ; soit graves et parfois mortelles.

Dans le courant du premier septénaire, on observe quelquefois un peu d'enrouement, dans certains cas une aphonie presque complète, alors on voit une angine assez intense, rougeur, tuméfaction amygdalienne, ulcérations ovalaires de Duguet sur les piliers antérieurs, rougeur uniforme de la muqueuse vocale plus accentuée aux régions ventriculaire et aryténoïdienne.

La laryngite folliculaire très fréquente paraît à la fin du premier, et, pendant le second septénaire, elle se termine souvent par des ulcérations.

La laryngite ulcéreuse est faciment méconnue ; elle est souvent la première étape du laryngo-typhus ; c'est au déclin de la fièvre typhoïde, vers le trosième septénaire, que l'on rencontre les ulcérations de la muqueuse laryngée qui passent souvent inaperçues, ne se révélant dans certains cas que par de l'aphonie et de la dysphagie. L'œdème de la glotte avec dyspnée considérable peut en être la conséquence.

Le laryngo-typhus, c'est-à-dire la laryngite ulcéro-nécrosique, est une complication grave ; elle se montre chez l'adulte affaibli par une diète prolongée, par une maladie longue et grave ; la fréquence en est fort variable suivant les auteurs. Certaines épidémies revêtent à ce point de vue un certain caractère de malignité ; la complication débute vers le deuxième ou troisième septénaire ou dans la convalescence ; elle reste quelquefois latente, et, sauf un léger degré d'enrouement, rien ne peut faire prévoir l'imminence du danger. D'ordinaire il y a de la dyspnée, de la dysphagie, de l'aphonie. La terminaison est presque inéluctablement fatale si l'on n'intervient pas. Bayle, sur dix-sept cas non opérés, note une guérison ; Valleix, 6 guérisons sur 31 cas, tandis que Obédénare note 13 succès sur 24 cas où fut pratiquée la trachéotomie.

Une autre complication d'une gravité presque égale, c'est la laryngite pseudo-membraneuse, avec abattement, prostration, teinte terreuse des états infectieux ; l'affaissement du malade est tel, qu'il n'accuse aucun symptôme pouvant attirer l'attention vers le larynx ; aussi le plus souvent c'est à l'autopsie que l'on constate les fausses membranes en partie

disparues. La mort est la terminaison ordinaire de cette laryngite, qui, en France, est rattachée à un état diphtéritique.

La laryngite gangréneuse est exceptionnelle.

La dothiénentérie frappe aussi l'appareil musculaire et les conducteurs nerveux; mais la symptomatologie de ces deux ordres d'altérations n'est pas encore bien étudiée.

Des arthrites subaiguës arycricoïdiennes sont aussi possibles, et il peut en résulter des ankyloses.

Comme traitement, les laryngites catarrhale, folliculaire et ulcéreuse simple ne nécessitent pas une intervention opératoire. Dans le laryngo-typhus, il faut faire la trachéotomie; les malades devront garder leur canule (canule à soupape) et leur voix reste sombre, éraillée; le son ne peut être filé, une trop longue conversation est impossible. (*Annales des maladies de l'oreille*, août 87.) J. JOAL.

Vertige laryngé, par le Dr DAUVIN.

A propos du récent article du Dr Thermes sur deux faits de vertige laryngé observés chez des vieillards atteints de coqueluche, l'auteur écrit qu'à trois reprises différentes, en 1877, en 1882 et 1885, il a été pris subitement d'un picotement à la gorge et de toux, sèche, courte, précipitée, convulsive; puis sensation d'asphyxie graduelle et perte de connaissance avec retour immédiat à l'état normal.

Les mêmes phénomènes ont été observés chez un lieutenant de vaisseau et chez un confrère, et Dauvin n'hésite pas à décrire ces accidents sous le titre de vertige laryngé.

Ne s'agit-il pas plutôt dans l'espèce de phénomènes congestifs survenant du côté des vaisseaux cérébraux à la suite des quintes de toux, à la suite d'un effort. (*Journal Médecine Paris*, 7 août 1887.) J. JOAL.

De la toux utérine, par le Dr Paul MULLER.

Après Aran, Nonat, Courty, Pozzi, Martineau, Guibout, Tarnier et Budin, Muller, dans son travail inaugural, étudie la toux d'origine utérine qui se produit par action réflexe; à

l'état physiologique, elle se montre principalement pendant la grossesse ; chez les malades, elle est rarement occasionnée par des tumeurs malignes ; on la rencontre surtout dans les corps fibreux, la métrite et surtout dans les déviations utérines.

Comme elle survient souvent chez des femmes qui n'ont jamais présenté d'accidents hystériques, il est difficile d'en faire uniquement une manifestation de la grande névrose ; du reste elle diffère par sa symptomatologie de la toux hystérique décrite par Sydenham et Lasègue ; elle se présente sous forme d'accès de toux brève, quinteuse, superficielle. Sa durée est subordonnée à la persistance de la cause et ne rétrocède pas d'un moment à l'autre comme la toux hystérique.

Le point essentiel du diagnostic est d'être prévenu de la possibilité de cette toux pour ne pas oublier de rechercher les lésions utérines si la toux n'est pas justifiée par une autre affection ; autrement elle ne possède pas de caractères particuliers, et on peut difficilement la différencier des autres toux symptomatiques lorsqu'il n'existe pas d'autres signes concomitants.

Comme traitement il faut s'adresser à l'état utérin. (*Thèse Paris*, juillet 1887.) J. JOAL.

Spasme glosso-labié unilatéral des hystériques. Diagnostic entre l'hémiplégie capsulaire et l'hémiplégie hystérique, par le Professeur CHARCOT.

L'hémiplégie vulgaire, capsulaire, comme on l'appelle quelquefois, c'est-à-dire liée à la formation d'un foyer hémorrhagique dans le lieu d'élection, peut être confondue avec l'hémiplégie hystérique ou inversement. Toutefois il faut savoir que dans l'hémiplégie hystérique il n'existe jamais, du côté paralysé, de participation du facial inférieur comparable à celle qui se voit dans l'hémiplégie vulgaire. Les déviations de la face qui se surajoutent à l'hémiplégie hystérique sont la conséquence d'un spasme glosso-labié unilatéral qui occupe tantôt le côté opposé à l'hémiplégie, tantôt le même côté.

On pourra toujours, avec un peu d'attention, distinguer dans un cas donné les effets de l'hémiparalysie faciale de ceux de

l'hémispasme glosso-labié hystérique et éviter ainsi de commettre une erreur grave en rattachant à une lésion organique les accidents qui dépendent d'une lésion dynamique ou inversement. (*Semaine Médicale*, 2 février 1887.) J. Joal.

Note sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue, par le M. Dutil.

Les faits de mutisme hystérique sont rares. C'est à peine si Cartaz en a rassemblé une vingtaine d'observations dans son récent travail. Aussi l'auteur croit-il devoir publier un nouvel exemple de cette curieuse manifestation de l'hystérie, il diffère du type habituel par la coïncidence du mutisme et d'une déviation de la langue par contracture.

Il s'agit d'une malade de 22 ans du service de M. Péter, à l'hôpital Necker; à la suite d'une série d'attaques hystériques, elle s'éveilla complètement incapable de parler, même à voix basse, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure labiale gauche, la malade était aphone et aphasique.

Elle fut guérie en quatre jours par suggestion. (*Gazette Médicale*, 4 juin 1887.) J. Joal.

Paralysie des cordes vocales et ictère (*Stimmbandlähmung und Icterus*), par le Dr Gerhardt.

Il s'agit de deux malades qui étaient aphones avec teinte ictérique très prononcée. L'affection du larynx paraît avoir prédominé dans les deux cas. On pourrait croire, vu la marche aiguë de la maladie, qu'il s'agissait d'une cause infectieuse ou toxique. C'est à cause de leur rareté, que ces deux cas semblent à l'auteur dignes d'attention.

Obs. I. — Homme de 27 ans, se refroidit le 11 janvier, a de la raucité et de la suffocation le 16. Le 18, aphonie, teinte ictérique de la peau et des conjonctives. Les cordes, rouge-pâle, s'écartent très bien dans l'inspiration; pendant l'expiration elles demeurent écartées d'un demi-centimètre environ. Le 20, la voix vient un peu en comprimant latéralement le larynx. Le 21, la voix réapparaît. Le 25, les cordes sont légèrement rouges et se rejoignent.

Obs. II. — Homme, 26 ans, s'était refroidi huit jours auparavant. Teinte ictérique ; aphonie complète ; légère tuméfaction des aryténoïdes et des bandes ventriculaires : cordes vocales rouges, recouvertes d'un mucus très adhérent. La glotte surtout, à sa partie inférieure, est largement ouverte dans la phonation. Au bout de dix jours, la voix résonne quelque peu ; au bout de vingt jours, les cordes se rejoignent et après un mois, le malade est complètement guéri. La jaunisse avait commencé à disparaître vers le quinzième jour. (*Deutsch. med. Woch*, n° 6, 21 avril 1887.) N. Natier.

Un cas d'hémorragie à répétition de la corde vocale gauche. (*A case of recurring hœmorrhage of the left vocal cord*) par le Dr C.-É. Beah.

Les hémorragies laryngées sont très rares, il est donc intéressant de rapporter l'observation suivante du Dr C.-E. Beau.

M. A., marchand de tabac, vint me trouver à la fin du mois de mai 1884 pour se faire traiter d'un rhinite hypertrophique et d'une pharyngite glandulaire qui le faisaieut souffrir depuis plusieurs années. Le malade était entièrement guéri, et je l'avais perdu de vue depuis trois mois, quand en juillet 1885 il vint de nouveau me consulter pour une aphonie qui était survenue subitement à la suite d'un violent accès de toux. Les deux cordes vocales étaient enflammées. La droite paraissait être la plus malade. Il resta en traitement pendant une huitaine de jours et fut obligé de quitter la ville ; à son retour, rien ne paraissait dans son larynx.

En septembre ce malade revient me trouver; depuis deux ou trois jours, il a abusé de sa voix plus que de coutume et, le jour précédent, il a absorbé pendant son travail une grande quantité de poussière qui a déterminé des accès de toux presque continuels, il ne souffre pas de la gorge, la voix est voilée et à tout moment il éprouve à la gorge une sensation de corps étranger.

A l'examen la corde gauche est normale, la gauche est gonflée et de coloration rouge-sombre (dark-red).

Je pratique des attouchements au nitrate d'argent et fais faire des pulvérisations au sulfate de zinc.

A plusieurs reprises des accidents analogues se produisirent. L'auteur vit une dernière fois ce malade au mois d'août 1886. La corde vocale droite était rouge, pendant la phonation on voyait très nettement le sang infiltré au-dessous de la membrane du revêtement. L'auteur prescrit de l'ergotine et recommande le repos au malade.

La soudaineté des attaques, l'absence de douleur, la coloration particulière de la membrane, et ce fait que la coloration était exclusivement limitée à la corde vocale ne permettent pas de doute sur le diagnostic. (*N.-Y. Med. Journal*, 24 septembre 1887.) D[r] J. Ch.

Maladies de l'articulation crico-aryténoïdienne *(Affection of the crico-arytenoïd articulation)*, par le D[r] George W. Mayor.

La phtisie laryngée et la syphilis attaquent fort souvent les articulations crico-aryténoïdiennes, mais dans ce mémoire, l'auteur s'cccupe spécialement de la luxation, de la dislocation, d'une blessure directe, de l'inflammation aiguë et de l'ankylose de ces articulations.

La luxation peut se produire à la suite de la fermeture subite du larynx lors de la déglutition, lorsqu'une parcelle solide ou liquide a passé ou essayé de passer dans le larynx.

La dislocation des aryténoïdes est très rare, l'auteur en rapporte un exemple, les blessures de l'articulation à la suite d'un traumatisme sont bien plus fréquentes. Quant à l'inflammation aiguë on la rencontre dans les accès de goutte ou de rhumatisme, dans l'amygdalite, dans la rougeole, la scarlatine, etc... L'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne est certainement la plus fréquente des maladies qui peuvent frapper cette articulation, elle peut être produite par un grand nombre d'affections parmi lesquelles on peut citer la périchondrite primitive et secondaire, le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la syphilis, etc.; d'après l'auteur le rhumatisme est la cause la plus fréquente d'ankylose. Celle-ci peut être plus ou moins prononcée. (*N.-Y. Med. Journal*, 24 septembre 1887.) J. Ch.

Un cas de rétrécissement congénital du larynx,

par MM. Émile Lévy et Étienne.

Il s'agit d'une enfant de 17 mois, présentant une respiration fréquente sans dyspnée en dehors des crises de suffocation ; on perçoit un bruit de cornage constant aux deux temps de la respiration ; les crises d'oppression ont une durée de quelques secondes, elles se montrent après les émotions, les efforts, elles reviennent quatre à cinq fois par jour, elles sont moins fréquentes la nuit. La voix est peu modifiée ; les signes physiques sont négatifs ; l'examen laryngoscopique n'a pu être fait.

L'enfant meurt asphyxiée ; à l'autopsie on trouve de la rougeur et du gonflement des replis aryténo-épiglottiques réduisant très sensiblement les dimensions du vestibule ; cette laryngite œdémateuse est la cause manifeste de la mort.

Quant à la gêne respiratoire permanente, elle était due à l'étroitesse de la fente glottique insuffisamment développée et surtout à la soudure des faces correspondantes de l'espace interaryténoïdien. Non seulement la glotte interligamenteuse, qui ne mesure que quatre millimètres, n'a pas ses dimensions normales, mais la glotte intéraryténoïdienne n'existe pas. Le larynx, en dehors de ces dispositions anormales, est bien conformé.

Suivant les auteurs, le rétrécissement était congénital, par arrêt de développement de la glotte ou plus spécialement de la glotte intéraryténoïdienne.

Si le rétrécissement est diagnostiqué, les auteurs conseillent de faire la laryngotomie interne cricoïdienne, d'introduire dans le larynx par en haut un tube triangulaire qui restera à demeure pendant quelques jours, puis commencer la dilatation intermittente à des intervalles plus ou moins éloignés, en s'aidant toujours de l'anesthésie chloroformique. (*Revue Médicale de l'Est*, 1er août 1887.)

J. Joal.

De la dilatation des sténoses du larynx.

par le Dr Schrotter.

Dans une leçon faite à Vienne, en novembre 86, traduite et publiée par les *Annales de l'oreille*, Schrotter décrit l'opération

qui a pour but de délivrer les malades des canules trachéales qu'ils seraient obligés de garder toute leur vie, si l'on ne pratiquait pas la dilatation du conduit laryngien.

Autrefois le savant professeur faisait pénétrer une sonde à ravers le rétrécissement, espérant qu'à l'aide de cathéters de plus en plus volumineux, il pourrait ramener l'organe à un calibre normal; mais ce procédé était malheureusement peu pratique et bien incommode pour les malades qu'il obligeait à garder la chambre, car ils ne pouvaient circuler au-dehors avec ce tube sortant de la bouche; de plus, pendant les longues heures que le malade était obligé de garder les sondes, l'alimentation n'était pas possible.

Aussi Schrotter a-t-il pris le parti de supprimer la portion du cathéter qui sortait du larynx et de la bouche et de ne conserver que celle qui avait une utilité réelle, c'est-à-dire la portion intra-laryngienne; il a fait construire une petite tige en étain modelée sur la forme de la glotte; il introduit cet instrument dans le larynx au moyen du cathéter et l'assujettit au bas par son extrémité qui penche dans une rainure de la canule; en haut, un double fil de soie l'attache à l'oreille du malade.

Quand la dilatation est effectuée, que la canule est retirée et la place fermée, Schrotter emploie des tubes en caoutchouc durci, l'extrémité inférieure ayant la forme de la glotte et étant percée de trous qui laissent un libre cours à la respiration et aux sécrétions. On introduit ces tubes d'abord tous les jours, puis trois fois par semaine et ainsi de suite, en espaçant de plus en plus le tubage. Les malades peuvent vaquer à leurs occupations. Ils apprennent vite à savoir introduire et placer le tube; au début ils se guident avec l'index gauche, et bientôt la plupart arrivent à placer l'instrument sans l'aide du doigt.

Grâce à ce dernier procédé de dilatation, Schrotter a pu dans certains cas éviter la laryngotomie et empêcher la formation de rétractions cicatricielles.

Cette méthode a donné aussi d'excellents résultats chez deux malades atteints de rhinosclérome. L'hypertrophie du

tissu conjonctif a diminué sous la presssion exercée par le cathéter. L'usage de ces tubes en caoutchouc a été également très utile dans le croup ; plusieurs fois la dilatation a préservé de la laryngotomie, mais l'opération n'est pas sans danger dans les cas où le gonflement inflammatoire est très aigu, car au moment où l'on retire l'instrument, une suffocation extrêmc peut se montrer.

Tous les procédés de dilatation exigent beaucoup de patience de la part de l'opérateur et de l'opéré. La guérison n'est qu'à ce prix. (*Annales des maladies de l'oreillc,* janvier 87.)

J. JOAL.

Contribution à l'étude de sténoses glottiques chez les tuberculeux, par le Dr TISSIER.

On sait qu'il survient dans certains cas chez les phtisiques pulmonaires, quelquefois même de bonne heure, des troubles de la respiration caractérisés par de la dyspnée pouvant aller jusqu'à l'asphyxie et dont la cause immédiate consiste dans le rapprochement sur la ligne médiane des cordes vocales.

L'auteur se propose de passer en revue les diverses hypothèses reposant sur une lésion nerveuse, qui ont été invoquées pour expliquer cette adduction.

Paralysie des dilatateurs.—Les muscles crico-arytenoïdiens postérieurs sont paralysés, les adducteurs peuvent dès lors exercer leur action sans contre-poids et maintenir les cordes en adduction. La lésion nerveuse est fréquente, qu'elle relève d'une névrite périphérique, qu'elle dépende d'une lésion des ganglions trachéo-laryngiens; d'autre part, dans quelques autopsies, on a trouvé les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs atrophiés, sclerosés, mais ces lésions musculaires sont loin d'être constantes ; l'auteur ne les a jamais rencontrées.

Cette théorie n'explique pas les faits où à la paralysie flasque d'une corde a succédé l'adduction au bout d'un temps variable. De plus il est difficile d'admettre une paralysie limitée à un seul muscle, alors que le récurrent énerve aussi bien les adducteurs que les abducteurs.

Cette hypothèse de la paralysie des dilatateurs ne peut

donc s'appliquer qu'à quelques cas, à la périchondrite limitée à la partie postérieure, du cricoïde, par exemple.

Contracture des adducteurs. — Cette théorie, soutenue surtout par Krause, repose sur l'irritation du récurrent, mais pourquoi alors les crico-aryténoïdiens postérieurs sont-ils épargnés? Aussi Tissier explique la majorité des faits de la façon suivante :

1° Le récurrent est lésé par névrite périphérique ou par compression ganglionnaire ;

2° Mais le récurrent n'est pas un nerf simple, il contient deux ordres de fibres, fibres du nerf vague, fibres du spinal;

3° La susceptibilité du pneumogastrique est très grande; mais, comme d'autre part ses filets sont en petite quantité dans le récurrent, que leur excitabilité électrique s'épuise plus vite que celle des filets spinaux, il n'est pas irrationnel d'admettre qu'ils subissent les premiers le contre-coup de la compression ganglionnaire ou de la névrite périphérique, qu'ils soient vite épuisés en un mot, alors que les filets spinaux conservent leur action;

4° Dès lors l'influence de ces derniers prédomine et cette influence est phonatrice, la glotte sera fermée, les cordes rapprochées.

Il n'y a plus ici à invoquer le fait bizarre de la paralysie de la contracture d'un seul muscle à l'exclusion des autres comme dans les théories précédentes.

Ce n'est pas un muscle, c'est l'appareil laryngien tout entier, c'est la résultante terminale de toutes les actions individuelles des différents muscles qui est en jeu. C'est la prédominance de l'influence vocale sur l'influence respiratoire, du spina sur le pneumosgastrique plus sensible et plus vite lésé.

Cette explication convient, au dire de l'auteur, à la plupart des faits observés. (*Ann. des maladies oreilles*, janvier 1887).

J. Joal.

Cancer du larynx (*Cancer of the larynx.*) par le Dr H.-A. Johnson.

L'auteur rapporte cinq observations de cancer du larynx, toutes chez des hommes dont le plus jeune avait quarante-

cinq ans. Nous nous contenterons de noter les particularités les plus intéressantes présentées par ces cinq malades :

1° Chez trois d'entre eux la tumeur siégeait à droite, dans un cas elle naissait à gauche et aussi, probablement, dans le cinquième cas ;

2° Un seul malade avait des antécédents héréditaires ;

3° Une fois seulement l'affection paraissait secondaire ;

4° Dans un seul cas les lymphatiques du larynx furent infectés ;

5° Une fois seulement on eut à observer une hémorragie notable ;

6° Dans aucun cas il n'y eut de douleurs considérables ;

7° Trois fois la trachéotomie fut faite, elle prolongea la vie du malade de trois, cinq et huit mois. (*The N.-Y. Med. journal*, 24 septembre 1887.)

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la créosote *(Behandlung der Lungentuberculose mit creosot)*, par le prof. SOMMERBRODT.

Pendant neuf ans l'auteur a traité à peu près 5,000 tuberculeux, par la méthode de Bouchard et Gimbert, préconisée d'abord en France (1877). Ce médicament se trouve en capsules gélatineuses, dont chacune renferme 0,05 de créosote et 0,2 de baume de Tolu; 1, 2, 3, capsules par jour, immédiatement après les repas; après une semaine, on donne 4 capsules, plus tard 6 pendant deux mois, plus tard 9 pendant une époque plus ou moins longue; c'était le seul médicament qui fût employé naturellement avec le régime approprié des phtisiques. L'auteur est très content de son succès. (*Berlin, Klin. Woch.*, 1887, n° 15.) J. JOAL.

Nouveau traitement des affections des voies respiratoires par les injections rectales gazeuses, par A.-F.-Paul LECOMTE (1).

C'est par l'étude de l'acide carbonique employé comme véhicule de toutes substances introduites par la voie rectale, que

(1) Paris, imprimerie des Écoles, Henri Jouve, rue Racine, 23.

l'auteur commence son étude des médicaments administrés en injections. Il rappelle les propriétés physiques et anesthésiques de ce gaz ; ce serait à ces dernières que seraient d'après lui, dus les résultats obtenus dans les injections gazeuses rectales. Dans deux observations personnelles, où les malades furent exclusivement traités par l'acide carbonique, on obtint au bout de quelques jours une amélioration notable caractérisée par une diminution de la toux et surtout de l'expectoration, par un sommeil meilleur et par une augmentation de poids. Il signale de même successivement les propriétés diverses du sulfure de carbone, de l'eucalyptus et de l'eucalyptol, de l'hydrogène sulfuré, de la terpine et du terpinol, de l'iodoforme, et fournit des observations, la plupart personnelles, et les autres dues à M. Chantemesse, où on a employé ces divers gaz.

Dans le dernier paragraphe de sa thèse, M. Lecomte donne des indications sur le mode d'administration des injections gazeuses rectales, et, à cet effet, il est amené à fournir la description des deux appareils aujourd'hui employés : celui du Dr V. Morel de Lyon, et celui du Dr Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. Les injections doivent être faites lentement et sans force ; on doit débuter par un litre et plus tard arriver à quatres litres : la médication sera instituée une heure avant le repas ou quatre heures après.

Les conclusions auxquelles s'est arrêté l'auteur, sont les suivantes :

1° Les injections rectales de gaz acide carbonique chargé de principes médicamenteux constituent une bonne méthode thérapeutique dans la tuberculose pulmonaire, l'asthme, l'emphysème et la bronchite chronique.

2° La plupart des malades retrouvent le sommeil et reprennent l'appétit.

3° L'acide carbonique et l'hydrogène sulfuré réunis paraissent avoir l'action la plus efficace sur l'amélioration des malades. Le terpinol aurait donné de bons résultats; ceux fournis par l'iodoforme seraient douteux.

4° L'emploi de l'eucalyptol et de l'eau sulfo-carbonique paraîtrait contre-indiqué. Chez les malades de M. Chantemesse le sulfure de carbonne aurait donné de bons résultats.

5° L'acide carbonique pur agit surtout comme anesthésique.

6° L'amélioration produite par les injections gazeuses s'arrête au bout de quelque temps, même si on augmente les doses.

7° Chez tous les tuberculeux, alors même qu'il y a diminution de l'expectoration, on rencontre toujours des bacilles, ce qui laisse des doutes sur l'efficacité antiseptique des médicaments employés (*Thèse de Paris* 1886.) M. Natier.

Traitement de la phtisie laryngée au moyen du phosphate de chaux, par le Dr Réthi, de Francfort-sur-Mein.

La dissolution de phosphate de chaux fut introduite avec un pinceau, ou injectée avec la seringue de Hartewelt ; après, on tamponne le larynx avec le gaz à la chaux à l'aide d'un instrument construit dans ce but et qu'on laisse sur place pendant 20 à 25 minutes.

L'effet de ces applications fut éclatant dans les cas moins prononcés, nul dans les cas invétérés ; dans ces derniers, le succès fut plus éclatant quand on raclait les ulcérations tuberculeuses d'avance, selon la méthode de Hering.

Un cas d'épithélioma de l'épiglotte extirpé à l'aide d'un epiglotome, *(A case of epithelioma of the epiglotts removed with an epiglotoms)*, par le Dr Robert C. Myles.

M. D..., âgé de 54 ans, dans le courant de l'été de 1886, vint consulter le Dr Morell-Mackenzie; il souffrait d'une élongation considérable de la luette et d'une congestion générale de la gorge. Le larynx était absolument normal. Le Dr Mackenzie enleva une portion de la luette et, quelques semaines après, la gorge était absolument saine.

Au milieu de novembre 1886, il commença à souffrir de nouveau et consulta son médecin qui examina son larynx et constata une congestion générale de l'organe. Au commencement de 1887, il vit plusieurs spécialistes, et on découvrit

une tumeur de l'épiglotte. Au commencement du mois de mai, il vint de nouveau trouver le docteur Mackenzie qui trouve l'épiglotte envahie dans toutes ses parties, tant à la surface que sur les bords,par des végétations papillaires. Ces tumeurs ne naissent pas simplement de la muqueuse, mais l'épiglotte est absolument déformée et paraît avoir subi la dégénérescence papillomateuse. Une partie de l'épiglotte est enlevée, et l'examen microscopique révèle le caractère cancéreux du néoplasme. Le malade est très menacé et très faible, on est à se demander si l'affaiblissement du malade est dû à la cachexie cancéreuse ou, si elle provient du manque de nourriture, le malade en effet mange peu à cause des douleurs qu'il éprouve à la déglutition.

Ayant vu plusieurs cas de destruction complète de l'épiglotte dans lesquels les malades après la cicatrisation n'éprouvaient aucune gêne, le Dr Mackenzie se décide à enlever complètement l'épiglotte. En conséquence, le 22 juin, après avoir fait plusieurs applications de cocaïne, le Dr Mackenzie opère le malade à l'aide de son épiglotome. Cet instrument ressemble à l'amygdalotome ordinaire, mais recourbé sous un angle convenable.

Le patient placé comme pour l'examen laryngoscopique, le Dr Mackenzie, guidé par le miroir laryngien, plaça l'anneau de l'instrument sur l'épiglotte; laissant alors de côté le miroir, il saisit lui-même la langue du malade tout en pressant l'instrument comme s'il voulait l'attirer vers lui. D'expériences faites par Mackenzie avec un instrument mousse, il résulte que celui-ci glisse toujours si le malade tient de lui-même sa langue.

En somme, il est nécessaire pour l'opérateur de presser fortement l'instrument contre la base de la langue, tandis que en même temps afin d'avoir une résistance suffisante pour obtenir une section bien nette, il tient lui-même la langue de la main gauche et l'attire fortement à lui. L'opération fut faite sans douleur, mais la cocaïne fut largement appliquée sur la surface dela plaie et, une heure après l'opération, quand le sang qui avait été peu abondant eût cessé de couler, on

appliqua sur la surface de section de la morphine en poudre.

Le malade passa une bonne nuit et, le lendemain, il pouvait avaler facilement les solides, mais les liquides passaient dans le larynx et déterminaient des accès de toux. Trois jours après il avalait tout aussi bien qu'avant l'opération. Le 27 juin il écrivait la lettre suivante :

« Cher Dr Mackenzie, je crois que ma gorge est tout à fait bien et j'avale sans douleur et plus facilement qu'avant l'opération. La toux me fatigue encore, surtout pendant la nuit, mais même de ce côté il y a de l'amélioration. »

Cette observation nous a paru intéressante, c'est la raison pour laquelle nous ne nous sommes pas bornés à une simple analyse, nous l'avons traduite textuellement. (*New-Orléans, Med. and Surg. Journal*, oct. 1887.) Dr J. Ch.

Nouveau procédé pour l'extraction de certaines tumeurs du larynx *(Crico trachéotomie sans canule)*, par le Dr J. Fort.

Cette opération est, d'après l'auteur, surtout destinée à l'extraction de tumeurs non malignes plus ou moins pédiculées, situées au-dessous des cordes vocales inférieures et ne pouvant être extraites par la voix bucco-pharyngo-laryngée. Elle convient, suivant Fort, aux tumeurs polypeuses ou autres non malignes, ayant un volume assez grand pour ne pouvoir être extraites par la voie ordinaire, aux tumeurs siégeant sur des malades ne pouvant habituer leur gorge au contact d'instruments et dans d'autres cas encore.

Il pratique en quatre temps l'incision de la peau et des couches sous-jacentes, puis ouvre le cricoïde et la trachée, et à travers l'ouverture enlève la tumeur avec une pince et cautérise la surface d'implantation. Fort a traité avec succès deux malades ayant des tumeurs pédiculées au-dessous des cordes vocales.

Nous ne saurions approuver la manière de faire de l'auteur. Il nous semble préférable d'extirper la tumeur pédiculée par la voie bucco-laryngée. L'opération n'expose pas le malade aux dangers de la trachéotomie ; elle est assez simple pour un spécialiste rompu au maniement des instruments laryngés.

Dans les deux cas cités par Fort, les tumeurs de la grosseur d'une petite noix ou d'un haricot auraient pu passer par l'ouverture glottique et être extraites au moyen d'une pince à polypes; en tout cas il eût été convenable de faire des tentatives dans ce sens.

Quant aux malades qui ne peuvent habituer leur gorge au contact d'instruments, ils ne sont pas communs; car avec de la patience et de la volonté on triomphe de bien des indociles et des pusillanimes, surtout depuis l'emploi de la cocaïne. En somme, nous ne saurions recommander la pratique du docteur V. Fort. (*Gazette des Hôpitaux, 9 août 87.*)

V. Joal.

Accident de pompage stomacal. Introduction du tube dans les voies aériennes, par le Dr Couëtoux, de Nantes.

M. Couëtoux désirant pratiquer le pompage de l'estomac chez une malade, fut surpris de voir après introduction du tube que celui-ci ne s'amorçait pas. Pensant alors qu'une parcelle alimentaire devait boucher le tube, il eut l'idée de la refouler à l'aide d'un vigoureux coup de soufflet. Mais quelle ne fut pas sa surprise de voir aussitôt sa malade devenir violette et s'affaisser sur la chaise. Il comprit alors qu'il avait fait fausse route et que son tube avait pénétré non dans l'œsophage, mais bien dans la trachée. La malade ne tarda pas à reprendre connaissance.

Ce petit accident lui inspire les réflexions suivantes au point de vue du pompage : faire prononcer quelques mots au malade avant de verser le liquide, et ne pas amorcer de suite le tube avec du liquide.

De plus l'innocuité du coup de soufflet dans la circonstance lui paraît de nature à tranquilliser l'opérateur qui, dans un cas de tubage du larynx, voudrait aspirer et refouler les membranes, au moyen d'une sonde uréthrale introduite dans le tube, ou par tout autre moyen de ce genre. Nous ajouterons cependant qu'à notre avis nous éprouverions quelque répugnance à refouler dans les bronches, tout comme un simple courant d'air, des fausses membranes parfois

épaisses et nombreuses. (*Annales des mal. de l'oreille,* n° 7, juillet 1887.) M. NATIER.

Coquillage enlevé du larynx après la trachéotomie *(Coklebur removed by tracheotomie from the larynx)*, par le Dr THOMPSON.

W. D., âgé de seize ans, avait dans sa bouche le corps étranger qui passa dans son larynx à la suite d'une forte inspiration nécessitée par un exercice violent auquel il se livrait. Il est pris aussitôt d'un violent accès de toux avec expectoration sanglante, aphonie et dyspnée. La trachéotomie dut être faite. Le corps étranger fut ensuite extrait de la façon suivante ; ayant mis le doigt dans le larynx, l'opérateur sentit facilement le corps logé probablement dans le ventricule gauche ; il introduisit alors par la plaie trachéale une pince recourbée et réussit à le déloger puis à l'extraire par la bouche à l'aide du doigt. (*The Journ. of The Amer. med. Assoc.*, 1er octobre 1887.) Dr J. CH.

Adénopathie cervioo-trachéo-bronchique. Perforation de l'œsophage et de la trachée. Septicémie intestinale. Pneumonie grise dans les lobes inférieures des deux poumons, par le Dr HANOT.

Observation d'un sujet âgé de vingt-deux ans, entré à l'hôpital Saint-Antoine pour une adénopathie cervico-trachéo-bronchique.

A l'autopsie, on trouve au niveau de la perforation l'œsophage et la trachée en rapport avec des ganglions suppurés, de telle sorte que la perforation s'ouvrait littéralement dans une caverne ganglionnaire remplie de liquide putride séro-purulent.

Une diarrhée incoercible et deux foyers de pneumonie grise sont rattachés au passage des matières putrides dans l'intestin et les alvéoles pulmonaires. (*Archives générales de Médecine,* septembre 87.) J. JOAL.

Les adénopathies trachéo-bronchiques, leçon clinique de M. le Professeur GRANCHER.

Chez un enfant atteint d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse impliquant une tuberculose pulmonaire et une

broncho-pneumonie tuberculeuse de la base gauche, M. Grancher fait remarquer le type respiratoire. Il est caractérisé par l'allongement considérable de l'inspiration et surtout de l'expiration. Au lieu de la sensation d'une bonne et franche expansion thoracique accomplie en un seul temps par l'inspiration on perçoit par la main, l'œil et l'oreille, une sorte de mouvement ondulatoire dû à ce que l'entrée et la sortie de l'air se font en plusieurs temps.

Chez ce malade on observait plus ou moins accusés les principaux symptômes de compression des vaisseaux, des nerfs et des voies aériennes qui permettent de faire le diagnostic de l'affection.

Le professeur cite ensuite plusieurs types curieux d'adénopathie: un enfant atteint de tuberculose du sommet meurt de broncho-pneumonie des bases; à l'autopsie on trouve le pneumo-gastrique gauche comprimé par des ganglions caseux. Cette compression a-t-elle joué un rôle dans la production des lésions inflammatoires du poumon, Grancher est porté à le croire.

Il y a des adénopathies sans symptômes fonctionnels, certains cas simulent l'asthme, d'autres fois le cornage laryngien est le seul symptôme; chez des malades la dysphonie et la raucité de la voix sont seules à révéler l'affection.

Enfin dans certains cas l'affaiblissement unilatéral de la respiration est le seul signe d'adénopathie; c'est là un signe qui n'a pas été signalé par les auteurs et sur lequel Grancher attire spécialement l'attention. (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, janvier 1887.) J. JOAL.

Chloroforme et trachéotomie, par le Dr St-Germain.

M. Saint-Germain dit qu'il n'a jamais administré, ni vu administrer le chloroforme dans la trachéotomie. Chez l'adulte il a toujours été étonné du calme presque absolu des malades, pendant l'opération pratiquée au bistouri; les malades déclarent que la souffrance est bien moins grande que pour l'ouverture d'un abcès, l'avulsion d'une dent.

Chez les enfants l'opération se fait à la période asphyxique,

et alors l'enfant est absolument anesthésié ; si l'on opère un petit malade non asphyxiant et par suite sentant et se défendant vigoureusement, le chloroforme paraît devoir rendre des services.

Avec le chloroforme, le chirurgien a le devoir absolu de pratiquer la trachéotomie par le procédé de Trousseau, le seul qui permette de découvrir largement la trachée et de ne l'inciser que lorsque la plaie est étanche.

Quand il pratique l'opération, Saint-Germain dit aux parents : « L'enfant que nous avons sous les yeux est irrévocablement perdu si on ne l'opère; l'opération lui donne une chance sur cinq de guérison, il y a donc lieu de la pratiquer sans tarder. Je dois cependant vous avertir qu'elle est pleine de périls, que l'enfant peut succomber entre nos mains. Quel que soit le danger, je n'hésiterais pas à opérer mon propre enfant s'il se trouvait dans le même état que celui-ci. Décidez-vous pour ou contre l'opération. »

Les parents n'hésitent pas en pareille circonstance; mais le chirurgien pourra-t-il parler avec la même autorité quand sa responsabilité opératoire sera doublée de celle qu'entraîne l'administration du chloroforme? (*Bulletin Médical et Tribune Médicale*, 14 août 87.)

J. JOAL.

Tubage du larynx *(Intubation of the larynx)*. par le Dr F.-E. WAXHAM.

L'auteur, d'après la méthode du Dr O'Dwyer, a pratiqué le tubage du larynx dans cent trente-six cas; il a obtenu trente-sept guérisons. Le tableau suivant donne l'âge du malade et le nombre de succès obtenus :

5	cas avec	1	guérison ou	20	pour cent	au-dessous d'un an.
15	—	3	—	20	—	De un à 2 ans.
29	—	7	—	24	—	3
23	—	4	—	21	—	4
21	—	7	—	33	—	5
15	—	7	—	46	—	6
3	—	1	—	33	—	7
9	—	2	—	22	—	8
4	—	2	—	50	—	9
2	—	2	—	100	—	11
2	—	0	—	00	—	14
1	—	0	—	00	—	14
7	—	0	—	00	—	14

Le plus jeune des malades guéris était un enfant de neuf

mois, le plus âgé avait neuf ans. Ces résultats, dit l'auteur, sont supérieurs à ceux fournis par la trachéotomie. (*The journ. of the Amer. Med. assoc.*, 30 juillet 1887.)

Trois cas de tubage du larynx *(Thre cases of intubation of the larynx)*, par les Drs SHINGLETON SMITH et WALDO.

Sur ces trois cas de tubage du larynx chez des enfants de deux, trois et cinq ans on obtint deux guérisons et un décès. Dans le troisième cas le malade, pendant un accès de toux, avala le tube qui fut retrouvé dans le cœcum. (*The Lancet*, 18 juin 1887). Dr J. CH.

Un cas de croup opéré et guéri, suivi de quelques réflexions sur la trachéotomie pratiquée d'après les procédés rapides, par le Dr DESCROIZILLES.

A propos d'un jeune malade de six ans, opéré et guéri, dont il relate l'observation, Descroizilles dit qu'il est bien rare que l'on fasse maintenant la trachéotomie à l'aide des procédés lents, encore décrits dans les traités classiques. Il emploie le procédé de Saint-Germain en un temps, en le modifiant légèrement. Il n'applique pas la main gauche sur le cou de l'enfant, car par cette mœuvre on augmente souvent la gêne respiratoire du malade, et il fait l'ouverture de la trachée en deux temps qui se succèdent très promptement. (*Archives de tocologie*, janvier 87.) V. JOAL.

VARIA

Observation d'un cas de Cysto-Sarcome de la parotide, par le Dr SCHEFFER.

Il s'agit dans cette observation d'une femme âgée de soixante-seize ans, d'une constitution relativement forte encore. Elle portait une tumeur du cou dont l'apparition remontait à une trentaine d'années. Restée tout le temps indolente, cette tumeur fut, il y a six mois, ponctionnée une première fois; il s'en écoula une assez grande quantité de liquide qui fut suivie d'un soulagement immédiat. Nouvelle

ponction il y a trois mois, mais apparition alors de douleurs sourdes, puis lancinantes qui déterminent la malade à recourir à une opération plus radicale.

La région parotidienne, depuis le canal auditif, et la région sous-maxillaire sont totalement occupées par une tumeur du volume d'une forte noix de coco, composée de deux lobes dont l'inférieur présente une fluctuation nette, dont le supérieur est au contraire élastique en un point, solide et dur en un autre. La peau est amincie, mais non adhérente.

Pas de gêne de la déglutition, ni de la respiration.

On hésite entre une tumeur parotidienne et un kyste du cou.

L'extirpation de la tumeur ayant été résolue, elle est pratiquée au moyen de deux incisions curvilignes circonscrivant cette tumeur. L'énucléation ce fait assez facilement, excepté au niveau de la région parotidienne où l'énucléation donne lieu à un écoulement de sang assez abondant. Pendant le cours de l'opération, le nerf facial et la transverse de la face ont été sectionnés. Reste dans la profondeur du creux parotidien un prolongement kystique serré derrière le feuillet postérieur de l'aponévrose superficielle. Son énucléation se fait aisément et sans hémorragie. Suture de la plaie, dans laquelle sont placés deux drains; cinq jours après enlèvement des sutures, guérison *per primam*. La malade rentre chez elle complètement guérie et ne gardant que de la paralysie faciale.

L'examen de la tumeur pratiquée par le professeur Recklinghausen a montré qu'il s'agissait d'un sarcome multiloculaire de la glande parotide, dont les parois des kystes de la partie la plus épaisse sont tapissées de cellules épithéliales cylindriques.

L'auteur de cette observation s'attache à démontrer la rareté des cysto-sarcomes de la parotide et l'intérêt offert dans le cas particulier par un développement aussi tardif. Il a soin de noter encore la bénignité des suites opératoires (*Gaz. méd. de Strasbourg*, n° 2, 1er fév. 1887). M. Natier.

Des tumeurs ganglionnaires du cou, par le Dr POLOSSON.

Les tumeurs primitives des ganglions du cou sont toujours malignes, ce sont des cancers ; elles appartiennent à la classe des lymphadénomes et sont constituées par l'hyperplasie des éléments normaux du ganglion, tissu réticulé et cellules lymphatiques. Le lymphadénome chirurgical du cou qui évolue à la manière des sarcomes, doit être distingué du lymphadénome médical, ce dernier n'étant qu'un épisode de l'adénie ou de la leucocythémie.

Dans la forme chirurgicale un ou plusieurs ganglions deviennent le siège d''un travail hypertrophique, il se forme une tumeur volumineuse qui ne tarde pas à refouler et comprimer les organes du cou. Cette tumeur a une consistance ferme et uniforme au début, plus tard certains points présentent de la mollesse que l'on peut prendre pour de la fluctuation. La peau n'est jamais envahie, ce n'est qu'à la dernière période que par une trop grande distension elle s'ulcère. La mort arrive par la cachexie du sujet.

Le lymphadénome se distingue des autres tumeurs ganglionnaires du cou par son unilatéralité, son indolence au début, sa marche progressive sans tendance inflammatoire, et par l'inefficacité du traitement ; cependant l'état général est bien, le sang normal, les autres ganglions intacts ; on devra extirper la tumeur ainsi localisée. (*Province Médicale*, août 1887.)

J. JOAL.

NOUVELLES

Le *Centralblatt fur Laryngologia*, dirigé par M. le Dr Semon, de Londres, a entrepris des recherches concernant la transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes après les opérations endo-laryngées. A cet effet, un formulaire imprimé a été adressé à tous les spécialistes connus, et nous ne saurions trop engager nos confrères à remplir cette feuille de renseignements destinée à fournir des matériaux importants sur cette question, aujourd'hui à l'ordre du jour.

Pour toute demande de renseignements, s'adresser soit au bureau de la *Revue*, soit directement à M. le Dr Semon, 39, Wimpole street, à Londres.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

9e Année. N° 4. 1er Avril 1888.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. NATIER, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique. du Dr E. J. Moure.

Le mutisme hystérique, dont il n'est fait aucune mention par les anciens auteurs ou plutôt confondu par eux sous des noms divers avec les affections laryngées les plus variées, n'est entré dans le domaine de la pathologie nerveuse, en tant qu'entité morbide, qu'avec le mémoire de Revilliod. Le professeur de Genève, dans sa monographie, publiait trois cas qu'il faisait suivre de considérations fort intéressantes. Ce n'était là qu'une esquisse; aussi Cartaz fit-il œuvre originale, lorsque, s'inspirant des leçons du professeur Charcot, il vint, d'une façon détaillée, traiter la question.

Ce travail, basé sur vingt observations, dont six tirées du service même de Charcot, peut être, grâce à la compétence toute particulière de son auteur en matière laryngologique, considéré comme une étude à peu près complète du mutisme hystérique. Bock (de Berlin), la même année, tenté par la nouveauté du sujet et partant d'une observation personnelle, en reprit la démonstration et ajouta quelques aperçus inédits aux réflexions de ses devanciers.

Par ce que nous venons de dire, on aura peut-être quelque peine à comprendre qu'à notre tour nous osions revenir à cette question du mutisme hystérique déjà si profondément traitée. Nous ne chercherons pas à nous défendre d'un pareil reproche, nous nous bornerons simplement à dire que les observations de mutisme hystérique ne nous ont pas paru si fréquentes qu'il puisse sembler superflu de citer quelques faits nouveaux qu'il nous a été possible de recueillir.

Mais nous ne saurions aller plus loin, sans remercier M. le Dr Cartaz de la très gracieuse obligeance avec laquelle il a bien voulu mettre à notre disposition deux cas inédits, personnels, et dont il nous a transmis, de sa

propre main, tous les détails. Nous tenons également de M. le professeur Pitres une observation, recueillie dans son service par M. Daurios, externe, et dont il nous a accordé la primeur. C'est une bonne fortune dont nous savons apprécier tout le prix, surtout en songeant que c'est là le seul fait du genre observé par ce maître éminent dans une pratique hospitalière et civile, déjà longue et au milieu de malades plus spécialement prédisposés aux affections de cette nature. Enfin, un quatrième cas a été également observé à la clinique gratuite de notre bon maître, le Dr Moure, et c'est à ce propos qu'il nous a engagé à revoir la question du mutisme hystérique.

Il pourrait paraître fastidieux d'entrer ici dans de longs détails historiques après ceux fournis par Cartaz et Bock et dont ils ne seraient du reste que la répétition. Aussi nous bornerons-nous simplement à énumérer les auteurs ayant signalé des cas de mutisme hystérique postérieurement à ceux de Cartaz et de Bock. Sans être très nombreuses, les observations de mutisme hystérique deviennent maintenant plus fréquentes, car ici comme pour d'autres affections, depuis que leur attention a été attirée de ce côté, depuis surtout qu'ils ont été bien éclairés par l'ensemble symptomatique assigné par le professeur Charcot au mutisme hystérique, les médecins n'ont plus laissé passer inaperçus les cas qu'ils ont pu constater et ils ont eu soin d'en relater les détails dans divers recueils.

C'est ainsi qu'en 1886 Gilles de la Tourette en mentionnait un nouveau cas observé à la Salpêtrière ; diverses observations ont été, l'année dernière, publiées par Amadeï, Boland, Dutil, Pendola, Bouchaud, Ortolani, Dello Strologo, Dubois, Mendel ; citons enfin les deux cas de Cartaz, celui du professeur Pitres et le nôtre, et nous croyons ainsi réunir toutes les observations nouvelles de mutisme hystérique (1).

(1) Fratini vient encore d'en publier un cas dans le nº 4 de la *Gazetta degli ospitali* de cette année.

Il est un ensemble de « caractères qui distinguent le mutisme hystérique et en font un groupe clinique vraiment autonome, original, reconnaissable entre tous ». C'est ainsi que s'exprime le professeur Charcot (1), dont la leçon sur le mutisme hystérique nous fournira les traits principaux dans l'étude que nous avons entreprise.

Et, d'abord, c'est un point sur lequel sont à peu près d'accord tous ceux qui en ont rapporté des observations, le mutisme hystérique débute le plus souvent d'une façon soudaine. C'est ce qui a eu lieu dans les quarante et quelques cas que nous avons pu analyser.

Quatre ou cinq fois, il est vrai, lé début a eu lieu par de l'aphonie plus ou moins prolongée, et le malade en est arrivé peu à peu et comme par étapes à perdre complètement la voix. — En interrogeant les antécédents héréditaires des malades, on apprenait qu'ils étaient issus de parents névropathes et en outre parfois alcooliques. Eux-mêmes pouvaient être classés dans la même catégorie et à quelques exceptions près, ils avaient eu des manifestations névropathiques antérieures caractérisées par des attaques d'hystérie, des convulsions, de la chorée, etc. Nous avons aussi noté dans certains cas une fièvre typhoïde, la variole, la rougeole de la chloro-anémie, l'aménorrhée (Cartaz), mais nous ne ferons que signaler ces faits, n'y voulant attacher qu'une importance secondaire au point de vue étiologique.

Si soudaine que puisse être l'apparition du mutisme hystérique, n'existerait-il pas pourtant certaines conditions capables de la déterminer? Il est fort rare de le voir s'établir d'emblée et presque toujours on peut trouver à son existence une cause occasionnelle. C'est ainsi qu'il survient le plus souvent à la suite d'une émotion vive, d'une frayeur, d'un chagrin violent, ou bien il se produit encore au sortir d'une attaque d'hystérie. Le froid ayant déterminé une simple laryngite catarrhale a, dans certains

(1) Leçons sur les maladies du système nerveux, t. III, 1887.

cas, été suivi de mutisme hystérique, de même que cette affection catarrhale de la muqueuse vocale est très souvent le prélude de l'aphonie nerveuse. Enfin on l'a encore vu se développer à l'occasion d'un traumatisme — section du tendon d'Achille — (Demme).

A côté des causes que nous venons d'énumérer, il en est d'autres qui ressortissent du domaine de l'expérimentation. Le mutisme hystérique peut être, en effet, chez des hystériques hypnotisables, artificiellement provoqué et persister après le réveil. Il suffit pour cela, comme l'a indiqué le professeur Charcot, de causer, pendant la période somnambulique de l'hypnotisme, quelques instants avec les malades et de feindre ensuite de ne plus rien entendre. On les verra alors remuer les lèvres et faire des efforts pour arriver à parler; mais ils ne sauraient produire le moindre son. Réveillez-les à ce moment et vous verrez persister cet état de mutisme (1). Charcot engage à ne pas le laisser trop se prolonger, car les accidents hystériques, artificiellement produits dans l'hypnotisme, sont d'autant plus difficiles à faire disparaître à l'état éveillé.

Bock prétend que les deux sexes sont également prédisposés à contracter l'affection. En tenant compte de la plus grande fréquence des maladies nerveuses chez la femme et de sa constitution plus délicate, on pourrait, au premier abord, la supposer, plus que l'homme, susceptible d'être atteinte de mutisme hystérique. Or, le relevé statistique auquel nous nous sommes livré nous a donné, en y ajoutant nos propres cas, pour un total de quarante-neuf malades, vingt-huit femmes et vingt et un hommes, soit une proportion de 57,14 0/0 de femmes

(1) Nous possédions dans nos salles, il y a quelques mois, une jeune fille facilement hyonotisable et chez laquelle nous avons, à plusieurs reprises, provoqué du mutisme hystérique, en tout point analogue à celui observé à l'état pathologique. Nous pensions avoir cette malade sous la main, mais au moment où nous avons voulu l'examiner au laryngoscope, elle était sortie de l'hôpital et toutes nos prières pour la décider à venir se faire examiner sont restées absolument vaines.

atteintes, sur 42,86 0/0 d'hommes, c'est-à-dire que les premières sont frappées 14,28 0/0 fois plus souvent que les seconds.

Relativement à l'âge, nous avons noté, dans nos observations, les particularités suivantes :

Hommes :	De 20 à 30 ans...........	7 fois.	
	30 » 40 —...........	3 —	
	40 » 50 —	2 —	
	55 » » —	1 —	
	Non indiqué...........	3 —	
Femmes :	15 à 20 ans...........	3 fois.	
	20 » 30 —	11 —	
	30 » 40 —	1 —	
	40 » 50 —	4 —	
Enfants :	Garçons : 5 à 19 ans....	3 fois.	(5, 11 19 ans.)
	Filles : 6 » 15 — ...	5 —	(6, 11, 11, 11, 13 ans.)

En résumé, et, comme on devait s'y attendre, le mutisme hystérique, dans l'un comme dans l'autre sexe, atteint sa plus grande fréquence de vingt à trente ans.

Quels sont les symptômes qui constituent le *mutisme hystérique?* Ils sont de deux ordres : les uns fonctionnels, les autres objectifs. Un premier fait, qui vous frappera tout d'abord dans les cas de ce genre, c'est l'impossibilité absolue où se trouve le malade « *d'articuler un mot, même à voix basse, de chuchotter autrement dit*, et *d'imiter les mouvements d'articulation qu'il voit faire devant lui* » (Charcot). Ce symptôme est absolument caractéristique, l'individu étant en effet plus que *muet*, car le muet hystérique est le plus souvent *aphone* et cela d'une façon absolue. Le mutisme a parfois été précédé d'une aphonie plus ou moins complète avant que le malade en arrive à perdre totalement la faculté de parler. Le muet hystérique peut encore souffler et siffler, dit Charcot, le fait est vrai en général, et le cas de Bouchaud, dont le malade pouvait bien souffler et faire un effort quoique étant dans l'impossibilité absolue de siffler, doit être regardé comme une exception.

Les symptômes locaux sont caractérisés par de la douleur assez souvent localisée au niveau du sternum, ou dans la région interscapulaire. Souvent aussi les malades se plaignent de ressentir au niveau du cou une douleur vive qui apporte une gêne considérabletout à la fois à la déglutition et à la respiration. Du côté de la bouche, on a constaté de l'embarras de la langue qui était « lourde comme du plomb » (cas de Bock), de la gêne de cet *organe,* souvent une anesthésie notable des muqueuses, à ce point qu'il était possible de toucher, sans provoquer le moindre réflexe, le voile du palais, le pharynx, voire même l'épiglotte et le larynx. Dans d'autres cas l'anasthésie est moins prononcée, et on ne trouve à sa place qu'une simple diminution de la sensibilité. Souvent enfin cette dernière est conservée parfaitement intacte.

Mais ce qu'il importait surtout de connaître, c'était l'état de l'organe vocal, pendant le mutisme hystérique. Il était *a priori* permis d'admettre que l'on trouverait dans cet examen laryngoscopique la clef du phénomène. Or, jusqu'ici, cet examen a été pratiqué trop rarement, et les résultats obtenus ne sont pas assez unanimes pour qu'il soit possible d'avancer des preuves certaines. Cinq fois seulement sur les vingt observations rapportées par Cartaz, l'organe vocal fut examiné avec le miroir laryngien.

Dans l'observation I, du travail de Cartaz, Revilliod, en 1881, constatait que l'adduction et l'abduction des cordes vocales étaient normales, en même temps qu'il existait un défaut de tension dans le sens antéro-postérieur; *pendant l'effort, elles se touchaient dans toute leur longueur.* En 1884, l'examen laryngoscopique pratiqué à Lyon fournissait les mêmes résultats; mais lorsqu'à son tour Cartaz, en 1886, examinait la cavité laryngienne de ce même malade, il constatait que les cordes vocales occupaient la situation qu'elles ont dans l'inspiration profonde et qu'*entre elles existait un espace ellipsoïde.* Dans l'obser-

vation IV, l'abduction des cordes vocales était complète; on remarquait encore un espace ellipsoïde. Dans l'observation VIII, la corde vocale gauche était immobilisée en position vocale : il est dit dans l'observation IX que les cordes étaient paralysées et, dans l'observation X, qu'elles étaient en position cadavérique. Dans l'observation manuscrite n° 1 qu'il nous a envoyée, Cartaz constata chez sa malade, du côté du pharynx, une anesthésie qui faisait complètement défaut du côté du larynx. Les cordes avaient leur blancheur habituelle et se trouvaient dans l'abduction presque complète. En priant la malade d'essayer de *donner* un son, elle fait le geste et le bruit d'une personne qui souffle bruyamment mais sans produire aucun son. A ce moment, la corde vocale gauche, subit un mouvement d'adduction incomplet; la droite reste immobile en abduction. Chez la malade de Bock, B. Baginsky nota de l'insensibilité de la muqueuse de l'organe vocal, les cordes étaient un peu rouges et très mobiles laissant entre elles, sur la ligne médiane, un petit espace ellipsoïde.

Chez celle de Mendel le même auteur a observé de l'infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale du côté gauche avec immobilité presque complète du cartilage aryténoïde; mais pourrait-on bien attribuer *cette lésion* à l'hystérie seule, et ne s'agissait-il pas ici d'arthrite crico-aryténoïdienne d'une autre nature chez une malade névropathe atteinte de mutisme ? Amadeï nous dit que l'examen laryngoscopique de sa malade révélait l'intégrité des muqueuses sans lésions manifestes des muscles. Dans un cas rapporté par Krishaber et que nous n'hésiterons pas à citer comme un exemple de mutisme hystérique, cet auteur observa de l'intégrité complète des cordes et de toutes les autres parties du larynx. Il invita la malade à faire un effort, le miroir en place, et il vit les cordes vocales inférieures et les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs concourir normalement à la produc-

tion du mouvement complexe qui constitue l'occlusion de la glotte pendant l'effort. Enfin, dans le cas qui nous est personnel, l'examen laryngoscopique démontra qu'il n'y avait pas de paralysie des cordes : elles s'écartaient et se rapprochaient normalement de la ligne médiane, toutefois le rapprochement semblait s'effectuer d'une manière brusque, indépendamment de la volonté du malade; il existait en somme une véritable incoordination motrice des muscles laryngiens.

Au moment de l'émission du son et particulièrement de la voyelle *e*, les cordes vocales, au lieu de se rapprocher s'éloignaient l'une de l'autre, donnant au triangle glottique ses plus grandes dimensions, et se mettant en position inverse à celle de la phonation.

En résumé, on le voit donc, rien de très précis n'a été révélé encore par l'examen laryngocospique et, de ce côté, le champ reste toujours ouvert aux hypothèses. Tout au plus serait-il possible d'avancer que dans la majorité des cas de mutisme hystérique ce sont les muscles tenseurs et les muscles adducteurs du larynx qui semblent seuls être atteints.

L'ensemble des signes que nous venons d'énumérer rendra, croyons-nous, le diagnostic on ne peut plus facile. C'est qu'en effet, comme le fait remarquer Charcot, chez cette sorte de muets, il s'agit d'une « *aphonie motrice* et purement motrice »; dans les autres cas d'aphonie il existe toujours, au contraire, d'autres troubles concomitants et un amoindrissement intellectuel plus ou moins prononcé. De plus, dans l'aphonie motrice organique, même la plus complète, le malade peut toujours émettre au moins quelques sons. C'est ce que l'on observe dans le cas de paralysie labio-glosso-laryngée par exemple.

La conservation de l'intelligence est un signe d'une précieuse utilité. Votre malade, en effet, bien qu'étant dans l'impossibilité absolue de parler, comprendra néanmoins tout ce que vous lui direz. Et vous en aurez la preuve si, l'interrogeant, vous le priez de vous répondre.

Vous le verrez alors faire des efforts dans ce sens, mouvoir la langue, agiter les lèvres, mais pas un son ne sortira pour traduire sa pensée. Insistez-vous? Par sa mimique et le jeu de sa physionomie et de ses membres, il témoignera de son impatience de ne pouvoir vous répondre Enfin votre conviction sera tout à fait entraînée si le malade sachant lire et écrire, vous lui fournissez le moyen de vous répondre par écrit. Ses réponses seront alors nettes, précises, et ne vous laisseront aucun doute sur l'intégrité absolue de son intelligence.

Cette intégrité de l'intelligence, que vous constaterez presque malgré vous, vous sera très utile pour éviter une erreur de diagnostic. Le cas de Charcot, cité par Cartaz et Bock, et dans lequel il s'agit d'un jeune Espagnol considéré jusque là comme atteint tout à la fois de syphilis et d'épilepsie, alors qu'il ne s'agissait que d'un simple mutisme hystérique, comme put s'en convaincre Charcot, pendant l'examen du malade, apprendra à se tenir en garde contre de semblables erreurs d'interprétation. Si l'on songe que certains muets ne recouvrent la parole que graduellement et en passant par un bégaiement d'une durée plus ou moins longue, on comprendra que le médecin puisse être embarrassé parfois pour porter un diagnostic exact au moment où le malade se présente à lui. C'est dans ces cas que les anamnestiques pourront être d'un grand secours et que l'exploration des divers organes contribuera puissamment à élucider la question.

Les muets hystériques ont souvent été considérés comme des simulateurs, c'est ce que ne s'explique pas très bien Charcot, qui croit, qu'en pareil cas, on doit surtout incriminer l'ignorance du médecin. Une erreur de diagnostic, pourrait n'avoir qu'un médiocre inconvénient, s'il s'agissait d'un malade de la ville ou de l'hôpital; mais elle prendrait beaucoup plus d'importance, si le malade soupçonné de simulation était un prévenu quelconque ou un soldat que l'on supposerait

vouloir de la sorte se soustraire aux obligations militaires.

Charcot, dans sa leçon (*loc. cit.*) rappporte l'histoire d'une jeune détenue qu'il eut l'occasion d'examiner à Saint-Lazare où elle se trouvait en prévention pour infanticide. Cette fille, ayant perdu la parole immédiatement après son premier interrogatoire, on crut qu'il s'agissait chez elle d'un mutisme simulé. Or, il n'en était rien, car un examen plus attentif permit de constater qu'elle était véritablement atteinte de mutisme hystérique. Le cas rapporté par Bouchaud a trait à un militaire qui, étant donnés ses antécédents héréditaires et personnels, fut tout d'abord considéré comme frappé de mutisme vésanique et, comme tel, enfermé dans un asile d'aliénés. Charcot n'ayant fait aucune mention de ce genre de mutisme, car le mutisme hystérique se rencontre chez des individus ayant conservé l'intégrité de leur intelligence, nous allons rappeler ce fait pour bien montrer combien peut être, dans certains cas, préjudiciable une erreur de diagnostic.

Observation I

H... (Louis), vingt-six ans, cordonnier, entré à l'hôpital de Lommelet le 29 mars 1886. Il vient d'un autre asile, avec ce certificat : « En traitement depuis le 3 septembre 1885, est atteint de lypémanie avec hallucinations très fréquentes de l'ouïe et peut-être de la vue. Il se renferme dans un mutisme à peu près complet ; je ne puis donc connaître la nature exacte de ses hallucinations, mais à en juger par sa physionomie elles doivent être de nature triste. Malgré le traitement, l'état demeure stationnaire, l'affection dont il est atteint tend à passer à l'état chronique. »

Des douleurs dont se plaignait le malade furent reconnues exactes.

H... est capable d'écrire et répond de la sorte aux questions.

Parmi ses ascendants et ses collatéraux, le malade compte

des alcooliques et des névropathes, lui-même est en possession de ces deux diathèses.

En 1885, étant soldat, il lui arriva, après une nuit d'orgie, de coucher dehors sur le pavé; il perdit la raison et fut conduit à l'hôpital, où il eut plusieurs crises de nerfs sans perdre connaissance. Nombreuses hallucinations de la vue. Cet état dure plusieurs mois, graduellement le malade perd la parole et finit par ne plus parler.

Deux mois après son admission à l'asile, il sentit une certaine amélioration; les hallucinations disparurent, seul le mutisme persista. On le fit surveiller pour s'assurer qu'il ne simulait pas, mais on n'obtint aucun résultat.

A Lommelet, conduite régulière, actes sensés, travaille de son métier. Pas de troubles cérébraux. Refuse d'émettre aucun son, ne parle même pas à voix basse, remue très bien les lèvres, la langue, le voile du palais, etc., par conséquent, pas de paralysie. Il peut souffler et faire un effort, *mais il lui est impossible de siffler*. Comprend très bien et lit ce qu'il écrit; il fait quelques gestes, mais écrit surtout. Organes des sens sains; la sensibilité est un peu émoussée. Pas de réflexes dans l'attouchement du voile du palais, ou de la base de la langue; si on pénètre plus profondément, on provoque des nausées. Le traitement par la suggestion, l'électricité et les douches, n'a produit aucun résultat.

Ce qui, dans ce cas, aurait pu faire croire à un mutisme volontaire, c'est que le malade ne faisait pour parler aucun effort, pourtant il avait un vif désir, étant surtout donné qu'on lui avait promis sa sortie à cette condition.

Voici deux malades chez lesquels la simulation aurait pu être, a même été admise et qui plus est, chez le second, aux dépens de la liberté individuelle. Or un examen plus attentif a permis de reconnaître ultérieurement qu'il ne s'agissait point de simulation, et on a pu, les deux fois, établir le diagnostic de mutisme hystérique. C'est qu'en effet le muet hystérique, suivant la remarque de Charcot, est silencieux, tandis qu'au contraire le simula-

teur exagère toujours dans un sens ou dans l'autre et on ne tarde pas à découvrir sa supercherie.

On comprendra suffisamment, pour qu'il nous soit inutile d'y insister, de quel intérêt peut être, au point de vue médico-légal, la connaissance de semblables faits et leur exacte interprétation.

Il est enfin un dernier point sur lequel nous nous permettrons d'appeler l'attention dans cette question du diagnostic. Assez souvent, il arrive que le « mutisme se présente à titre d'accident hystérique solitaire, *mono-symptomatique* » (Charcot) ; même en pareil cas, l'embarras sera de courte durée, si on a bien présentes à l'esprit toutes les autres manifestations qui constituent le complexus symptomatique de l'affection.

On a pu dire du mutisme hystérique que le pronostic était bénin. La chose est parfaitement exacte, si on n'envisage l'issue de la maladie qu'au point de vue fatal. Mais, bien qu'on n'ait jusqu'ici signalé aucun cas de mutisme hystérique, s'étant terminé par la mort, on n'en comprendra pas moins combien, dans certaines circonstances, il a été pénible de voir le mutisme se prolonger pendant des semaines et des mois, des années mêmes. Il est facile de s'imaginer alors, tant que reste inconnue la nature de la maladie, les péripéties de toutes sortes par lesquelles doivent passer les malades. Les erreurs de diagnostic ont pour conséquence presque obligée une thérapeutique désordonnée qui n'est pas, certes, sans nuire aux malades. Il est certain qu'envisagé sous ce jour le mutisme hystérique est loin d'être une affection bénigne. Hâtons-nous d'ajouter que ces faits malheureux constituent l'exception et que, dans l'immense majorité des cas, le mutisme n'est qu'un épiphénomène, sans gravité, d'une diathèse nerveuse plus ou moins grave.

Le mutisme est loin de présenter une durée fixe à limites bien déterminées; le plus fréquemment, on le voit disparaître après quelques heures ou quelques jours au plus. Mais, comme nous le disions tout à l'heure, il a

pu chez quelques sujets persister avec une ténacité désespérante. Telle la malade de Sédillot qui demeura muette pendant douze ans ; — celui de Johnston où la parole ne revint qu'au bout de cinq ans — celui de Wernter qui dura treize mois; — celui de Wiedermeister, une année, etc. — C'est donc dire que la durée peut être extrêmement variable.

Variable est aussi la marche de la maladie.

Le retour de la parole, comme sa disparition, peut être soudain ou se faire par degrés, le malade parlant d'abord à voix basse, puis bégayant et finalement recouvrant la voix dans son entier. Dans certains cas aussi le mutisme peut être intermittent, disparaître et revenir à des heures presque fixes; la malade de Mendel (voir aux observations) nous offre un bel exemple du genre.

Une complication assez fréquente du mutisme hystérique est la surdité; de telle sorte qu'on observe la surdi-mutité hystérique. On a encore signalé de la cécité (cas de Ball); pouvant alterner avec le mutisme ou l'accompagner. Quant aux autres complications, ce sont les manifestations ordinaires de l'hystérie trop connues pour qu'il nous soit nécessaire de les énumérer. Bock dit que que dans certains cas il pourrait exister une altération du facial et de l'hypoglosse, opinion que ne partagerait pas Cartaz. *(A suivre.)*

KYSTE DE LA BANDE VENTRICULAIRE GAUCHE

par le Dr AUDUBERT

La tumeur que nous décrivons ici appartient à cette variété de kystes du larynx que Virchow a désignés sous le nom de polypes vésiculaires et qu'il compare aux œufs de Naboth : ils sont formés d'une enveloppe mince assez résistante recouverte par la muqueuse et ayant la même composition histologique que les poches kystiques développées dans d'autres organes : leur contenu est parfois liquide, jaunâtre et transparent, parfois épais, visqueux et blanchâtre.

Les auteurs s'accordent à dire que ces kystes sont le résultat d'une dilatation des culs-de-sac glandulaires, par suite du rétrécissement de leur canal excréteur, dont les causes principales seraient les hypérémies chroniques de la muqueuse du larynx, les inflammations catarrhales, les vapeurs ou poussières, les corps étrangers et les fièvres éruptives.

Le Dr Zawerthal range parmi les causes prédisposantes la diathèse strumeuse.

Notre intention n'est pas de faire ici une étude des kystes laryngiens, suffisamment décrits ailleurs par MM. Moure et Cervesato, nous désirons simplement ajouter aux faits connus une nouvelle observation qui présente un certain intérêt en raison du siége de la tumeur sur l'une des bandes ventriculaires.

En effet, si nous jetons un coup d'œil sur toutes les études et statistiques des kystes du larynx, publiées jusqu'à ce jour, nous voyons que ces derniers ne sont réellement connus que depuis 1863, époque à laquelle Durham communiqua à la Société médico-chirurgicale de Londres le premier cas de kyste laryngé : ce dernier occupait la face antérieure de l'épiglotte.

Depuis cette époque, grâce au laryngoscope, les cas de polypes vésiculaires sont devenus un peu moins rares, et il me suffira de rappeler ici les faits de Bruns, Merkel, Rauchfuss et Schrotter (1866).

En 1868, Morell-Mackenzie en signala un nouvel exemple suivi de 1870 à 1873 par ceux de Schrötter qui en fit connaître neuf autres exemples.

Jusqu'en 1881 de nouveaux cas sont mentionnés par Sommerbrod, Edis, Gerhardt, Heinze, Fauvel, Beschorner, Solis-Cohen, Félix Semon, Oertel, Scheff., W. Gruber, Masseï, Eppinger, etc..

Avec eux, apparaissent simultanément les travaux plus importants dus à M. J. Moure et Cervesato.

Si nous consultons le travail du premier de ces auteurs, (*Étude sur les Kystes du Larynx*, 1881), nous voyons que

l'ensemble des cas connus à cette époque formait un total de 68 kystes, dont 38 intra-laryngiens occupant : 23 fois les cordes vocales, 5 fois les ventricules, et 25 extra-laryngiens occupant : 23 fois l'épiglotte, 2 fois les aryténoïdes

Presque en même temps Cervesato traitait le même sujet et arrivait à des conclusions presque identiques.

Or, en 1881, en réunissant les observations inédites fournies par chacun de ces deux auteurs, soit 21 par M. Cervesato et 36 par M. Moure, aux faits publiés antérieurement, on arrivait au chiffre de 101.

En 1883, nous trouvons que ce total s'est élevé à 117 cas de kystes connus jusqu'à cette époque. Ces différents néoplasmes se répartissaient de la manière suivante quant à leur siège :

Épiglotte	50
Cordes vocales	45
Ventricules	8
Cartilages aryténoïdes	4
Replis ary-épiglottiques	3
Cartilages de Santorini	1
Bandes ventriculaires	2
Siège inconnu	4
	117

Quelque temps après (1883), le Dr Blanc (de Lyon) signale trois nouveaux cas : le premier sur le bord libre de la corde vocale gauche; le deuxième sur l'épiglotte, et le troisième est un kyste dermoïde du ventricule chez une jeune fille.

En 1885, le Dr Franck (de New-York) fait une communication sur un cas d'hémorrhagie laryngée sous-muqueuse compliquée de kyste.

Schwartz, dans sa thèse d'agrégation (1886), fait ressortir la rareté des kystes du larynx, en général. Sur 100 cas de polypes, on ne trouve, dit-il, en moyenne, que trois polypes kystiques. Après avoir fait le relevé des

cas de kystes connus, il en arrive au chiffre de 138.

Garel, de Lyon, dit avoir observé un grand nombre de ces sortes de tumeurs et sur une moyenne de 60 cas de tumeurs bénignes du larynx : il trouve 16 kystes, soit une proportion de 25 0/0. Une fois, cet auteur aurait trouvé une tumeur d'*apparence kystique* sur la bande ventriculaire gauche, mais il n'a pu en vérifier le fait, le malade n'ayant pas voulu accepter l'opération. Tout récemment enfin, M. le Dr Seifert vient de publier dans cette revue une nouvelle observation de kyste de la corde vocale.

Il est à regretter que ces auteurs, en citant le nombre de cas de kystes connus jusqu'à ce jour, n'aient pas parlé du siège qu'occupait chacun des kystes mentionnés dans leurs ouvrages.

En somme, nous ne connaissons actuellement que trois cas de kystes des bandes ventriculaires, et encore celui de Garel nous paraît-il douteux, puisque ce praticien ne put confirmer son diagnostic par l'opération. Nous pouvons donc conclure de ce rapide exposé que si les kystes du larynx sont encore assez fréquents, ceux des bandes ventriculaires sont au contraire de beaucoup les plus rares.

Connaissant la pathogénie des kystes, nous avons tout lieu d'être surpris de la rareté de cette affection dans une des parties du larynx la plus riche en tissu glandulaire. Il nous est permis de supposer que les inflammations aiguës, les hypérémies chroniques, les vapeurs, poussières, etc., en un mot toutes les causes principales, signalées plus haut comme étant susceptibles de déterminer l'éclosion des kystes du larynx, ne sont pas les seules et que le siège de cette maladie diffère selon que tel ou tel organe fonctionne plus ou moins, et, par conséquent est susceptible d'une plus grande fatigue.

Nous voyons, en effet, que les parties du larynx qui travaillent le plus, telles que les cordes vocales et l'épiglotte, sont également le plus souvent affectées par les

polypes vésiculaires, peut-être serait-ce là une explication possible de l'existence des tumeurs kystiques sur les bandes ventriculaires.

Quoi qu'il en soit, nous allons rapporter un exemple de tumeur kystique de la bande ventriculaire gauche recueillie à la Clinique de M. le Dr Moure :

Obs. — Le 20 décembre 1887, Mlle Rosa D., âgée de vingt-un ans, domestique, est conduite à la clinique pour une extinction de voix datant de quelques années.

Cette jeune fille nous raconte que depuis environ deux ans sa voix a commencé à devenir enrouée, et que, pendant cette époque, elle a eu de temps en temps des accès de toux, suivis d'expectoration muqueuse sans caractère particulier.

Ces accès se manifestaient surtout pendant l'hiver. Puis sa voix a continué à se voiler de plus en plus, et ce n'est que dans les derniers mois que la malade est devenue aphone.

Interrogée au point de vue des antécédents héréditaires, la malade ne présente aucune particularité intéressante. A part quelques maux de gorge, elle paraît avoir joui d'une bonne santé.

Elle a été réglée à dix-sept ans ; depuis cette époque, ses menstrues ont été régulières.

Quand la malade se présente, sa voix est éteinte. Elle respire aisément, la déglutition se fait bien.

Elle ne tousse, ni ne crache, n'éprouve aucune douleur à l'arrière-gorge, si ce n'est un peu de sécheresse; elle n'a aucune sensation de corps étranger dont elle cherche à se débarrasser.

A l'examen, la muqueuse du larynx paraît saine dans toutes ses parties, mais au niveau du tiers postérieur nous apercevons une tumeur ronde de la grosseur d'une petite graine de raisin, d'une coloration jaune grisâtre, transparente ; la surface de la tumeur est lisse, unie et luisante. Un vaisseau sanguin se divisant en trois branches parcourt la surface de la tumeur de gauche à droite.

Le siége exact est difficile à déterminer au premier abord,

car, selon qu'on examine le larynx pendant la phonation ou la respiration, la tumeur présente deux aspects différents.

Pendant la phonation, elle paraît naître du ventricule gauche dans son tiers postérieur. Elle repose sur les deux cordes vocales et s'étend même jusque sur la bande ventriculaire droite.

Pendant la respiration la tumeur que nous apercevions appliquée sur la partie médiane est déjetée à gauche ; un pédicule de trois millimètres environ réunit le kyste à la partie postéro-interne de la bande ventriculaire gauche.

Il nous est impossible de connaître la consistance de la tumeur, la malade refusant toute intervention; néanmoins, à l'aspect de ce néoplasme, M. Mcure pense aussitôt à un kyste de la corde vocale supérieure gauche et propose l'opération à la malade qui refuse tout d'abord. Quinze jours plus tard elle revient avec l'intention de se soumettre au traitement radical.

Le larynx est anesthésié avec une solution de cocaïne au 1/10, et la pince de Schrotter est d'abord introduite sans succès, la malade, effrayée, supportant mal les manœuvres laryngoscopiques. M. Moure prend alors la pince de Fauvel et à la seconde introduction il retire entre les mors de la pince un lambeau de muqueuse.



Fig. 1
Aspect de la tumeur pendant la phonation.

Fig. 2
Aspect du larynx après l'opération, la partie blanche indiquant le point d'insertion du néoplasme.

L'image du kyste pendant la phonation et la respiration, que nous reproduisons, nous donne une idée exacte de sa situation.

On examine de nouveau le larynx, la tumeur est complètement affaissée, les parois du kyste sont totalement ratatinées et présentent une surface d'implantation de 0,003 millimètres de long dans le sens antéro-postérieur, sur 0,001 à 0,003 millimètres de large dans le sens transversal. Cette surface repose en arrière sur le bord interne de la bande ventriculaire gauche. L'aspect est rugueux, irrégulier, blanchâtre, se détachant franchement sur la couleur rosée et normale de la corde vocale supérieure.

On fait un léger attouchement de chlorure de zinc au 1/30 pour cautériser le pédicule. Déjà l'aphonie a disparu; la malade n'a plus que de l'enrouement.

Huit jours après, elle revient, sa voix a presque repris son état normal.

COMPTE RENDU
DU
XII[e] CONGRÈS DES MÉDECINS ITALIENS

Tenu à Pavie, du 19 au 26 septembre 1887.

SECTIONS DE LARYNGOLOGIE, RHINOLOGIE ET OTOLOGIE.

Présidence de M. Massei pour la laryngologie,
M. Longhi, pour l'otologie.

Suite et fin (1).

Cozzolino (Naples). — **Chirurgie intratympanique pour améliorer l'ouïe dans les surdités de l'oreille moyenne, etc.**

Pour supprimer l'excès de tension dans les scléroses de la caisse, d'après ses observations, l'auteur conclut :

1° La myringotomie galvano-caustique est sans inconvénient et donne une perforation durable ;

2° L'ablation des lambeaux épaissis et calcifiés, quand il n'y a pas ankylose de l'étrier avec la fenêtre ovale, amène du soulagement dans les paracousies et améliore l'ouïe;

3° Il y a même amélioration avec la pligotomie à la Politzer

(1) Voir *Revue*, n° 3, 1885.

quand il existe une saillie par tension de la petite apophyse;

4° Les dislocations dans l'immobilité de la chaîne des osselets procurent une simple amélioration temporaire, si on ne pratique aussi un traitement mécanique ;

5° Au contraire, les amputations du manche du marteau, quand il adhère au promontoire, à la suite d'inflammation chronique, procurent une amélioration plus durable;

Enfin, l'auteur rapporte un cas d'amélioration obtenue avec la perforation galvano-caustique de la fenêtre ronde.

A ce sujet Gradenigo (Padoue), Longhi (Milan) et Masini (Gênes), font des observations.

Gradenigo (Padoue). — **Contribution à l'étude de l'otite scléreuse et de l'ankylose stapédio-vestibulaire.**

Avant tout l'orateur fait une description très claire de l'otite scléreuse, à partir de son début jusqu'à son complet développement, et il fait observer que cette affection est tout à fait spéciale, et qu'elle n'a rien de commun, quant à ses symptômes, avec l'otite moyenne catarrhale.

D'après ces observations il admet pour l'origine de l'otile scléreuse la théorie embryogénique.

Il nie toute efficacité au traitement topique pratiqué jusqu'à présent.

Masini (Gênes) admet aussi l'hypothèse embryogénique de M. Gradenigo, mais il accepte également l'opinion que l'otite scléreuse provient d'une inflammation chronique.

Cozzolino nie absolument l'hypothèse de M. Gradenigo et croit que l'affection est due à la propagation de l'inflammation des voies respiratoires. Il accorde aussi au traitement mécanique une préférence.

Gradenigo fait un rapport sur les résultats les plus importants de plusieurs de ses **recherches embryologiques sur l'organe de l'ouïe** chez les mammifères supérieurs et l'homme, recherches déjà publiées en partie dans le *Medicinische Jahresbücher* de Vienne.

Cozzolino présente son **audiomètre électro-téléphonique.**

Après la description, l'orateur analyse tous les avantages de l'instrument.

Gradenigo rappelle que lui aussi a fait construire un appareil semblable; mais il observe que tous, depuis celui de Hartmann, Urbantschitsch jusqu'à Jacobson ont des inconvénients.

Gradenigo. — **Sur les otites internes bilatérales aiguës.**

Il admet l'existence d'une otite interne bilatérale primitive, due, selon lui, à la syphilis héréditaire.

Masini (Gênes) rapporte un cas de **scotome de l'ouïe,** qu'il croit plus juste d'appeler *interférence.* Il accepte pour l'explication du phénomène la théorie de M. Longhi (théorie dynamique).

Pini (Milan) admet cette théorie, mais il en expose une autre, en se fondant sur les phénomènes statiques.

Gradenigo partage cette dernière opinion.

Pini présente son **cathéter pneumo-électrique** pour la trompe d'Eustache.

Sapolini (Milan) présente deux **pinces polypotomes.**

Enfin Sapolini et Longhi proposent l'admission des méde cins auristes dans les Sociétés de chemins de fer, en considé rant les dangers auxquels sont exposés les voyageurs pa suite de l'altération de l'ouïe des employés.

Tous les membres de la Section adressent leurs vœux au Congrès des Sociétés de chemins de fer à Milan.

Dr Cardone.

EXTRAIT DU COMPTE RENDU

DU

3e CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

TENU A PARIS DU 12 AU 17 MARS 1888

Résection temporaire du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens, par M. FONTAN (de Toulon).

L'auteur dans un cas a fait pivoter le maxillaire supérieur à l'aide des sections indiquées par Roux, l'ablation du polype fut très facile. Une staphyllor aphie ultérieure vint redresser le voile du palais.

Tumeurs gazeuses ou aérocèles du cou, par L.-H. PETIT (de Paris).

L'auteur rappelle simplement l'étiologie, la pathogénie et les symptômes cliniques de ces tumeurs. Il fait remarquer que certaines d'entre elles sont susceptibles de guérison, alors que d'autres restent dans le *statu quo*

De l'extirpation du goître, par BOREL.

L'auteur a pratiqué vingt fois cette opération avec un seul cas de mort déterminé par l'entrée de l'air dans la veine jugulaire. Il n'a jamais observé de cachexie strumiprive, mais simplement des troubles cérébraux transitoires.

M. PITTS se borne à diviser en pareil cas l'isthme de la glande thyroïde.

J. KESER rapporte que le professeur Socin emploie avec succès la *strumectomie*. L'auteur en a signalé dans sa thèse trente-sept cas pratiqués à la clinique de Bâle avec une réussite complète.

Extirpation du larynx, par le professeur DEMONS de (Bordeaux.)

L'auteur a pratiqué cette opération chez deux malades qui

lui avaient été adressés par le Dr Moure, avec le diagnostic de cancer du larynx. Dans les deux cas, il s'agissait d'anciens syphilitiques. L'ablation fut partielle chez le premier malade : le néoplasme récidivait neuf mois après. Le larynx fut complètement enlevé dans le second cas; et, depuis, il n'y a pas eu trace de récidive. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic.

L'auteur conclut en disant que, malgré sa gravité, l'extirpation du larynx est parfois nettement indiquée.

M. Dupont (de Lausanne), à propos du manuel opératoire, estime que la canule de Tredenlenburg est parfois insuffisante, et c'est pour parer à cet inconvénient qu'il a, dans un cas, fixé la trachée sectionnée à l'angle inférieur de la plaie.

Des opérations plastiques du palais chez l'enfant, par Ehrmann de (Mulhouse).

L'auteur a pratiqué quarante-une fois cette opération. Les soins ultérieurs à donner à l'opéré lui paraissent une condition indispensable de succès, et c'est pourquoi ils doivent être confiés à des mains expérimentées. Il lui paraît préférable d'opérer de bonne heure, car on n'aura pas de la sorte, à lutter contre les vices de prononciation déjà acquis.

La laryngotomie et la trachéotomie dans les cas de corps étrangers du larynx, par le Dr Labbé.

L'auteur tenta, dans un cas, d'enlever un corps étranger du larynx, par simple laryngotomie sans trachéotomie préalable. Il eut à se repentir de ce procédé, car du sang étant tombé dans la trachée, l'enfant fut menacé de suffocation et il fallut sur-le-champ pratiquer la trachéotomie. C'est pourquoi il recommande, par prudence, de faire une trachéomie préalable (*Sem. méd.*, nos 11 et 12, 14-21 mars 1888).

L. Lacoarret.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES.

Hémianesthésie droite et hémisurdité avec persistance du réflexe de l'accommodation binauriculaire, par M. Gellé.

La synergie des deux organes auditifs dans l'accommodation binauriculaire et leur mutuelle dépendance cesse seulement dès que l'appareil de transmission et d'accommodation est immobilisé ou détruit (ankylose, immobilisation, chute de l'enclume). Pour que le phénomène se produise, il faut encore que l'excitation motrice soit transmise au centre réflexe et reportée de là à l'oreille qui écoute. Quelquefois, suivant l'excitabilité du sujet et avec des acuités auditives variées, le réflexe manque ou est exagéré. Il n'est en rapport exclusif ni avec la sensibilité cutanée ni avec la sensibilité sensorielle.

Chez une femme hémianesthésique droite, atteinte d'hémisurdité totale droite, M. Gellé a constaté l'insensibilité du tympan, de la peau du conduit, au contact, au froid, à la piqûre, et de la surdité par toutes voies.

Or l'épreuve de l'accommodation binauriculaire a toujours donné un résultat positif : le réflexe était conservé. On ne peut cependant le rapporter à une excitation cutanée ou sensorielle. Le mouvement subit seul éveillerait-il le réflexe moteur ? Par quelle voie ?

Ne peut-on croire que les deux moitiés du corps échangent des fibres nerveuses : la sensibilité peut disparaître d'un côté, mais les fibres du côté sensible gardent la faculté de conduire les excitations, surtout celles des mouvements synergiques. On sait, de plus, que centres sensoriels et foyers réflexes ont des sièges différents dans le système nerveux. (Société de Biologie, séance du 11 juin. — *Semaine médicale* du 15 juin 1887).

L. Lacoarret.

Sur l'ouïe des épileptiques (*Sull'udito degli epilettici*), par M. Venturi.

D'après les observations faites sur quarante individus sains (vingt hommes et vingt femmes) et sur soixante-quinze épi-

leptiques presque tous aliénés (quarante hommes et trente-cinq femmes), l'auteur conclut que les maxima de sensibilité auditive chez les hommes et les femmes épileptiques furent inférieurs de la moitié à ceux observés chez les individus sains ; et ils n'arrivèrent même pas à atteindre la moyenne des personnes saines.

Les minima chez ces derniers dépassèrent toujours de beaucoup la moyenne des épileptiques où, dans les deux sexes, la sensibilité auditive est beaucoup moindre que chez les individus sains. Les femmes épileptiques offrent une diminution de sensibilité auditive beaucoup plus considérable que celle des hommes.

L'auteur en arrive à conclure que l'existence presque constante de la diminution de sensibilité auditive chez les épileptiques est un symptôme très important dans l'épilepsie constitutionelle.

Berezowscki a de même, observé récemment, sur quatre-vingt-treize épileptiques vingt-six cas d'altération de l'ouïe.

CARDONE.

De quelques altérations de l'oreille interne dans la syphilis héréditaire, par le Dr J. BARATOUX.

L'auteur rappelle les altérations de l'oreille interne, connues jusqu'à présent dans la syphilis.

Il passe ensuite en revue les opinions émises au sujet des lésions de cette partie de l'organe de l'audition chez le nouveau-né, chez le syphilitique héréditaire, par Hutchinson, Lancereaux, Saint-John Roosa, Wreden, Hinton.

A la suite de nombreuses autopsies, l'auteur a pu constater que l'oreille interne était le siège de lésions profondes survenant, soit primitivement, soit consécutivement à une altération de l'oreille moyenne. Sur 43 sujets, il a noté 27 fois des lésions de la caisse, 4 fois des lésions du labyrinthe et 12 fois des lésions de ces deux parties.

Dans les cas où l'oreille interne était prise concurremment avec l'oreille moyenne, cas où il y avait absence de pus dans le labyrinthe, on trouvait toujours une injection vasculaire

des parties molles du labyrinthe avec épaississement des membranes, infiltrées de cellules rondes, surtout au niveau des ampoules des canaux demi-circulaires.

Quand l'oreille interne était seule affectée, les altérations étaient encore plus profondes ; les vaisseaux de l'angle spiral et même le vaisseau de la lame spirale membraneuse offraient une prolifération cellulaire de leurs tuniques, amenant le rétrécissement du canal, et, par suite, une oblitération par caillot fibrineux, qui produisait une dilatation anévrysmale et souvent une rupture vasculaire avec hémorrhagie.

Ces observations complètent donc celles des auteurs qui, dans le cas de syphilis, ont trouvé des altérations analogues des vaisseaux et des hémorrhagies dans les divers organes et tissus de l'économie. (*Progrès médical*, 29 octobre 1887.)

L. Lacoarret.

Fracture du rocher par arme à feu. Paralysie faciale. Hémorrhagies abondantes. Ligature de la carotide. Surdité tardive. Guérison, par le Dr R. Le Clerc (de Saint-Malo).

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans, qui s'était tiré dans la bouche un coup de revolver. On constatait, outre la tuméfaction de la joue droite, du voile du palais, du pilier antérieur droit, une plaie située à l'union du voile du palais et de la voûte palatine du même côté. La direction du trajet était oblique en haut, à droite, et en arrière. Les mouvements de déglutition très douloureux s'accompagnaient d'un écoulement de sang rutilant par le conduit auditif externe. Il existait en plus une paralysie du facial supérieur et inférieur. L'ouïe était conservée du côté lésé.

Douze jours après l'accident, en moins de 48 heures, le malade perdait 3 k. 905 gr. de sang, par le nez, l'oreille et la bouche, sans compter les hémorrhagies plus légères des jours précédents. M. Cruveiller pratiqua aussitôt la ligature de la carotide primitive droite dans son tiers supérieur.

L'opération n'eut aucune suite fâcheuse. Il se produisit encore quelques hémorrhagies (600 gr. de sang), mais la guérison ne tarda pas à survenir. Trois mois après sa blessure,

le malade quittait l'hôpital, conservant un écoulement purulent et fétide de l'oreille et une surdité d'abord peu accusée puis complète du côté droit. La paralysie faciale avait disparu. Un an après, l'écoulement de l'oreille se tarissait, et, au bout de quatre ans, le malade entendait à droite presque aussi bien qu'à gauche.

L'auteur pense, étant donnée l'abondance de l'hémorrhagie, sa bénignité relative et la rutilance du sang, qu'on se trouvait en présence non d'une lésion de la stylo-mastoïdienne, ou de la jugulaire interne, mais plutôt de la carotide interne droite.

L'hémorrhagie s'était produite à la chute de l'escharre occasionnée par la contusion. Dans ce cas la ligature de la carotide primitive, plus facile et moins dangereuse que celle de la carotide interne, était indiquée. La statistique des accidents consécutifs à cette opération n'est que de 26 à 29 p. 100.

Les hémorrhagies qui surviennent après l'opération n'entravent souvent pas la guérison et n'autorisent pas à tenter une nouvelle ligature du côté opposé. En raison de la rapidité de la paralysie, on peut admettre que le nerf facial a été sectionné. La lésion s'était réparée dans l'espace de trois mois.

Les troubles auditifs tardifs ne peuvent qu'être mis sur le compte d'une inflammation chronique de la caisse avec désorganisation de son contenu. La disparition de l'écoulement a ensuite permis à l'appareil auditif de reprendre son fonctionnement. (*France Médicale* du 29 décembre 1887.)

L. LACOARRET.

Anévrysme de la carotide interne gauche dans le canal carotidien, Otorrhagies, Abcès mastoïdien et abcès du cervelet consécutif, par BOTTARD.

Il s'agit dans ce cas d'une femme morte à l'hôpital du Hâvre et dont M. Bottard résume ainsi l'observation :

1° Symptôme d'anévrysme spontané (septembre 1883); 2° myringite ulcéreuse (juillet 1884); 3° otorrhagies (à partir du 27 novembre); 4° extension de l'ostéo-périostite de la caisse du tympan à la région mastoïdienne (décembre 1884);

5° paralysie faciale et surdité complète de l'oreille gauche (20 décembre 1884) ; 6° cessation de l'hémorrhagie indiquant une oblitération de la plaie de l'artère par organisation du sang épanché (10 janvier 1885) ; à partir de ce moment, écoulement de pus osseux et fétide ; 7° l'inflammation semble avoir gagné du côté du cerveau et du cervelet par l'intermédiaire de la veine mastoïdienne et du sinus latéral (19 janvier) ; 8° mort (29 janvier).

Il y a eu, dit l'auteur, deux phases distinctes dans la maladie, et à ces deux phases répondaient deux indications différentes pour l'intervention chirurgicale :

1° *L'Anévrysme du premier coude de la carotide interne dans le canal osseux du temporal.* A cette phase répondait l'indication de la ligature de la carotide interne ;

2° *Les abcès mastoïdiens avec toutes ses conséquences.* A cette phase répondait l'indication de la trépanation de l'apophyse mastoïde.

Il fait enfin remarquer, en terminant, combien sont rares les anévrysmes spontanés de la carotide interne dans le canal osseux du rocher. D'ordinaire c'est dans le sinus caverneux et au-delà que la carotide interne est atteinte d'anévrysme. (*Normandie Méd.*, n° 22, 15 novembre 1887.)

M. NATIER.

Affections sympathiques de l'oreille, par le Dr BENNET

Le malade, âgé de trente-cinq ans, est sourd depuis plusieurs mois, l'examen révèle la présence d'abondantes mucosités dans la caisse. La paracentèse est faite à gauche et les mucosités chassées dans le conduit par le cathétérisme. L'audition est notablement améliorée à gauche ; mais, à la grande surprise de l'auteur, une amélioration se produit aussi à droite, qui ne persiste, il est vrai, que trois jours et ne devient définitive qu'après l'évacuation des mucosités.

Le second cas rapporté par Bennet est plus intéressant. Le malade, un peu anémique, se plaint d'éprouver depuis peu des douleurs et de la surdité de l'oreille gauche avec un bourdonnement continuel à droite. L'examen révèle la présence

d'un bouchon de cérumen à gauche, rien d'anormal à droite. Le bouchon est enlevé et, non seulement le malade vit disparaître la surdité et la douleur de l'oreille gauche, mais encore les bourdonnements de l'oreille droite. (*Sympathetic affection of the ears*, 30 juillet 1887.) · Dr J. Charazac.

Un cas de nécrose du limaçon *(Ein Fall von Nekrose der Schnecke)*, par A. Hartmann (de Berlin).

Les nombreux cas de nécrose du labyrinthe, relatés dans la littérature médicale, sont dus pour la plupart à Bezold, comme le rappelle l'auteur. Il en rapporte une observation qui pourra servir à enrichir l'histoire de cette affection. Il s'agit d'un étudiant qui, après un refroidissement au mois de novembre 1884, aurait été atteint d'otite moyenne chronique gauche avec écoulement de pus. Au mois d'avril suivant on dut lui enlever avec le serre-nœud un polype de l'oreille; l'opération fut suivie de douleurs vives et de paralysie faciale. A la fin d'avril on ouvrit le temporal avec le ciseau; au commencement de juin on enleva un séquestre de la grosseur d'un pois, après quoi la paralysie faciale commença à s'améliorer. Consécutivement, rétrécissement très notable du conduit et granulations; élargissement avec le couteau et l'anse galvanique. Au mois de mars 1886, après plusieurs autres accidents, il vint trouver l'auteur qui constata la persistance de la paralysie faciale, un écoulement de pus abondant et de mauvaise nature, du rétrécissement du conduit avec granulations. Le lendemain il enlevait avec le crochet un petit séquestre qui lui parut constitué par l'un des deux canaux circulaires supérieurs du limaçon.

Au diapason, le malade entend du côté droit tous les sons d'une hauteur de sept octaves. C-c^5.

Placés sur l'apophyse mastoïde gauche, la plupart des diapasons furent encore perçus à droite; avec le petit diapason *c*, il était impossible de distinguer s'il était perçu à droite ou à gauche; les diapasons c^1 et c^2 étaient manifestement mieux entendus à gauche qu'à droite. Avec la montre, l'acoumètre de Politzer, la voix murmurée, on n'obtint que

des résultats négatifs. Après plusieurs mois de traitement à l'iodoforme, la sécrétion persistait encore pour enfin disparaître complètement par l'usage de l'acide borique.

Parmi les quarante-six cas de nécrose du labyrinthe rassemblés par Bezold, cinq fois seulement on put constater que l'ouïe était conservée. On y pourrait ajouter encore quatre ou cinq cas où la moitié environ des canaux demi-circulaires auraient disparu par nécrose.

Il ne faudra prêter qu'une attention médiocre au dire des malades qui souvent ne peuvent faire une localisation précise et répondent dans le sens où ils sont interrogés.

L'auteur termine en disant que jusqu'à plus ample informé on doit considérer comme démontré que la nécrose du limaçon s'accompagne d'une surdité totale. (*Zeitschr f. Ohrenheilk.*, Bd, XVII, 1,2 H. 1887.) M. NATIER

Développement de vers dans l'oreille.

Nous lisons dans la *Gazette des Hôpitaux de l'Empire Ottoman* une observation de MM. les docteurs Yanco Effendi et Ananian, relative à l'extraction de vers développés dans l'oreille. Ce cas assez curieux a été observé chez un soldat, âgé de 20 ans, qui se plaignait d'une douleur dans l'oreille gauche, qui le tourmentait depuis 15 jours de la manière la plus inquiétante et la plus intolérable. Il prétendait sentir dans l'oreille des mouvements manifestes de va-et-vient de quelque chose qu'il ne peut définir ; il se plaint de bourdonnements, de vertiges et de démangeaison. L'interrogatoire du malade fit découvrir en outre qu'il existait une otorrhée purulente, datant de deux ans.

Des injections répétées à l'eau tiède firent sortir de l'oreille trois hôtes étranges : c'étaient trois vers blancs, à peu près cylindriques, ayant une tête et une queue effilée, parfaitement vivants, s'incurvant sur eux-mêmes avec une grande vivacité.

Quant aux lésions anciennes de l'appareil auditif, elles consistaient en une otite moyenne suppurée chronique, avec

perforation de la membrane du tympan et état fongueux du conduit.

Les auteurs de cette intéressante communication émettent quelques considérations au sujet de l'étiologie, de l'origine de ces vers. Les conclusions auxquelles ils arrivent leur font considérer que c'est la suppuration de longue durée et fétide, qui a joué ici un rôle incontestable. Les corps vivants, qu'on peut rencontrer dans l'oreille, viennent ou du dehors, comme Bérard a constaté l'existence d'une larve de la mouche carnassière, qui sortit de l'oreille, attirée par l'odeur d'un morceau de viande qu'on plaça à l'entrée du conduit auditif, ou bien ils y sont déposés à l'état d'œufs, dans le cours de diverses affections, qui s'accompagnent de suppuration. On sait à quel point le sens de l'odorat est développé chez certaines mouches. Elles sont attirées de très loin par l'odeur du pus ; elles arrivent au méat auriculaire, déposent leurs œufs dans le conduit, et bientôt des vers s'y développent. (*Presse méd. belge*, nº 43, 9 octobre 1887.)

Concrétions calcaires de l'oreille externe (*Calcareous concretions in the externat ear)*, par le Dr Lester Curtes.

Le malade souffrait d'un gonflement du méat auditif droit. On crut tout d'abord à une inflammation simple du conduit et l'on prescrivit des instillations avec une solution de morphine. Les douleurs cessèrent et, deux ou trois jours après, diminuèrent sans toutefois disparaître complètement, il existait aussi une certaine sensibilité de la région. Quinze jours plus tard se produisit un écoulement de pus. Quelques mois après le malade rendit par l'oreille plusieurs petites masses calcaires. A l'examen on constata un espace rouge et induré situé à la portion moyenne de la paroi postérieure du conduit ; au centre de cet espace, une excavation de la grandeur de la masse calcaire et entouré d'une substance granuleuse dure et résistante à la sonde. L'auteur réussit à enlever quelques-unes de ces petites masses granuleuses. Les autres parties de l'oreille étaient normales, l'audition bonne. Une légère inflammation persista quelque temps encore et disparut ensuite. A l'heure

actuelle l'oreille est absolument normale (*The Med. and surg. reporter*, 22 octobre 1887.) Dr J. Ch.

Myringite aiguë comme manifestation primitive dans un cas d'érysipèle de la face, par le Dr Lavrand.

Il s'agit d'un cas d'érysipèle de la face ayant débuté par la membrane du tympan sans altération préalable de l'audition ni inflammation de la trompe ou de la caisse.

Étant donnée la marche de la maladie l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° Nous avons eu affaire à une myringite primitive aiguë ;

2° La marche de l'affection nous autorise à considérer cette myringite comme érysipélatrice ;

3° L'érysipèle, parti de l'oreille moyenne, a gagné le pharynx par la trompe, puis le nez et le reste de la face ;

4° Deux mois après le début, le tympan n'a pas encore repris son intégrité complète. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 3 décembre 1887.)

Syncope grave consécutive à une injection dans l'oreille.
(Alarming syncop from syrenging the car.)

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui, atteint d'otorrhée consécutive à la rougeole, fut traité par des injections boriquées dans l'oreille. A la suite d'une injection survint une syncope qui dura deux heures et parut un instant menacer la vie du malade. La membrane du tympan était largement détruite. Cette observation démontre que chez les jeunes enfants les injections dans l'oreille doivent être faites avec prudence et en ayant soin de modérer le jet du liquide. (*The Lancet*, 15 oct. 1887.)

Otite moyenne suppurée dans les sténoses nasales.

M. Barth. — J'ai observé tout récemment deux malades chez lesquels une suppuration de l'oreille moyenne s'est manifestée après la cautérisation au galvano-cautère des cornets inférieurs. La tuméfaction consécutive à l'intervention avait amené l'obstruction des fosses nasales et cela avait suffi pour expliquer les accidents, car la rhinoscopie posté-

rieure me fit reconnaître que les trompes étaient intactes.

D'autre part, j'ai vu plusieurs fois des suppurations de l'oreille moyenne disparaître à la suite d'opérations qui rendaient de nouveau possible la respiration par le nez. Dans un cas notamment d'extirpation de nombreux polypes muqueux, l'otite moyenne a guéri quatre semaines après l'opération.

De ces faits, je tire une conclusion pratique : dans les otites moyennes, il faut toujours examiner les fosses nasales et s'arranger de façon à rendre possible la respiration par cette voie.

Je ne puis encore décider à quoi tient cette influence de la respiration nasale sur les otites.

Une autre question importante se pose immédiatement. Les opérations pratiquées dans les fosses nasales exposent-elles aux otites? Je crois que non, si l'on applique à chaque cas la thérapeutique convenable.

Je distingue deux formes de prolifération de la muqueuse nasale. La première est circonscrite au tissu érectile du cornet moyen, la seconde occupe toute la muqueuse. Dans la première, je conseille d'extirper tout le tissu hypertrophié avec un fragment du squelette osseux du cornet en s'aidant de l'anse du galvano-cautère. Cette extirpation sera faite en une séance. Dans l'hypertrophie généralisée, il convient de revenir à plusieurs reprises, qu'on emploie le thermo-cautère, les caustiques, etc. On prévient la tuméfaction consécutive à l'opération, en faisant priser au malade une poudre renfermant de la cocaïne. De cette façon, la cocaïne n'a jamais causé d'accidents.

En diagnostiquant et traitant à temps les altérations des fosses nasales, les médecins rendront souvent de grands services à leurs clients qu'ils pourront préserver plus d'une fois d'une surdité définitive.

M. Lucæ. — Il y a dix-neuf ans, dans cette Société même, j'ai signalé les relations qui existent entre la sténose nasale et l'otite moyenne. Depuis, j'ai vu chez un grand nombre de malades, en particulier des enfants scrofuleux, le traitement

du désordre nasal amener le retour du tympan à sa position normale. Je n'ai pas toujours eu recours à la cautérisation, aujourd'hui si en faveur, il m'a souvent suffi d'introduire des canules en gomme, dont j'ai progressivement augmenté le calibre.

L'influence de la respiration par le nez sur le fonctionnement du tympan est facile à démontrer. Il suffit de rappeler que le tympan se rétracte en dedans toutes les fois que l'on fait un effort de déglutition, pourvu que la bouche et le nez soient maintenus clos.

Comme on ne peut avaler que la bouche fermée, la rétraction du tympan est inévitable à chaque déglutition chez les sujets atteints d'occlusion des narines.

Chez ces personnes, la pression de l'air dans la caisse est inférieure à la pression atmosphérique, et Saunders a montré récemment que ces diminutions de pression sont une cause d'otite catarrhale.

Ces faits expliquent donc la relation signalée par M. Barth.

M. Barth. — L'explication de M. Lucæ s'applique parfaitement à l'otite chronique sèche, et la relation entre cet état et la sténose nasale a bien été établie par notre confrère; mais je ne sache pas que cette relation ait été déjà signalée à propos de l'otite suppurée. (Soc. de méd. de Berlin, 7 décembre, et *Bullet. méd.*, 14 décembre 1887.)

Suppuration de l'oreille moyenne *(Suppuration of the middle Ear)*, par le Dr W. Cheatham.

Lorsqu'il n'existe pas de nécrose des os ni de complication mastoïdienne, le meilleur traitement consiste à détruire avec l'acide chromique cristallisé les granulations s'il en existe, tout en maintenant l'oreille propre avec du peroxyde d'hydrogène 120/0, et des lavages salés et en séchant bien les surfaces avec de l'alcool aussi fort que le malade peut le supporter. D'après l'auteur, la seringue est le seul moyen du lavage parfait pour l'oreille ; nous ne saurions partager cette opinion. La plupart des malades à qui l'on prescrit des injections avec la seringue se nettoient fort mal, malgré toutes les indications qu'on a pu

leur donner. Quoi qu'il en soit, après avoir détruit les granulations, l'auteur fait soigner chez lui le malade à l'aide d'injections, des instillations de peroxyde d'hydrogène et de la solution suivante : iodol et acide borique ââ 3 gr., alcool 60, eau 40 gr. Deux ou trois fois par semaine, douche de Politzer ou cathétérisme. L'auteur, en terminant, affirme que cette méthode lui a donné des résultats supérieurs à ceux obtenus par les autres modes de traitement, bien que dans certain cas fort simple le vieux traitement par des solutions de sulfocarbonate de zinc ou de nitrate d'argent donne de meilleurs résultats. (*The Amer. Practition and News*, 15 octobre 1887.)

Dr J. Ch.

L'oreille moyenne du nouveau-né. Étude médico-légale,
par le Dr Lenhardt.

Après avoir exposé l'état fœtal de l'oreille, l'auteur fait l'historique de la théorie de la docimasie auriculaire.

Le coussinet muqueux de la caisse subit une diminution manifeste dans les premières heures de la vie sous l'influence de la respiration, influence qui amène la régression du tissu fœtal ; telle est l'opinion de Wreden, qui attribue à une gêne de la respiration la transformation morbide de ce tissu, dans les cas où il avait trouvé un catarrhe muqueux ou purulent de la caisse. Wendt à son tour dit que l'air entrant dans la caisse du nouveau-né aplatit les parois de cette cavité, en isole le coussinet muqueux, et par suite provoque le retrait et l'atrophie de ce dernier.

Gellé confirme les opinions de ces auteurs. L'échange entre le contenu de la caisse de l'air extérieur ne demanderait douze heures que dans les cas où les mouvements respiratoires seraient faibles, et dans ce cas on opérerait un commencement d'aération.

L'inspection de l'oreille moyenne permettrait donc de se prononcer sur la respiration du nouveau-né et même de juger du genre de mort et de l'époque à laquelle elle a eu lieu, avant ou après l'accouchement, avant ou après les premières inspirations.

Mais à cette théorie on a objecté que l'oreille du fœtus ou du nouveau-né peut être le siège d'une inflammation comme l'ont fait remarquer Koppen, Wreden; de Ernettrets, que le bourrelet gélatineux disparaît souvent pendant la vie intra-utérine (Zaufal, Kutscharianz, de Trœltsch, Baratoux, Lannois), que le magma gélatineux se trouve aussi chez les enfants dont les poumons sont aérés (Ogston., Moldenhauer, Hoffmann, Baratoux).

M. Lenhardt conclut de ces travaux et de ses recherches personnelles que la présence de l'air dans la caisse d'enfants ayant vécu n'est pas rare et que l'absence du tissu gélatineux de l'oreille moyenne au moment de la naissance est un fait assez commun, qu'elle ne peut servir aucunement pour élucider la question de la respiration du nouveau-né.

L'École de médecine légale de Paris admet que la substance qui compose le bouchon gélatineux se transforme rapidement sous l'influence de la putréfaction, de sorte que ce signe ne peut être invoqué dans le cas où il serait le plus utile, c'est-à-dire quand les poumons sont putréfiés.

En résumé l'examen de l'oreille moyenne et les conséquences médico-légales tirées par certains auteurs peuvent conduire à une erreur complète.

Il est regrettable que l'auteur n'ait donné qu'un très petit nombre d'observations ; son travail aurait eu beaucoup plus de valeur s'il avait été accompagné de l'exposé des autopsies faites par lui en 1885 et en 1887. (*Thèse de Paris*, 1887.)

J. BARATOUX.

Otite moyenne hémorrhagique (*Otitis médio hemorrhagica*), par le Dr BUTTET.

Les cas d'otite moyenne hémorrhagique sont rares, le fait suivant rapporté par le Dr Buttet peut être considéré comme typique.

Mme C., âgée de 42 ans, mère de neuf enfants, et jouissant d'une excellente santé, est prise de violentes douleurs de l'oreille et du côté gauche de la face. Elle éprouve une sensation de plénitude et de pesanteur dans l'oreille, la mastica-

tication et la déglutition augmentent la douleur. Les parties malades sont très sensibles au toucher. Des symptômes généraux, tels que fièvre, insomnie, agitation, viennent se joindre aux phénomènes locaux. A l'examen la membrane du tympan à gauche est congestionnée et l'on observe une saillie sur le quadrant antéro-postérieur. La paracentèse est faite et par l'ouverture de la membrane, et par la narine gauche s'échappe une quantité notable de sang. La douleur et la sensation de plénitude cessent aussitôt et huit jours après la guérison était complète. *(The Lancet,* 4 juin 1887.) Dr J. Ch.

Polype de la caisse sans perforation du tympan *(Polype of the tympanic cavity witch imperforate membrane tympani)*, par le Dr A. Titelberg.

Les polypes de la caisse sans perforation du tympan sont très rares, aussi l'observation suivante présente-t-elle de l'intérêt.

Le 3 décembre 1885, Marie B., âgée de quinze ans, vient à ma consultation; elle souffre depuis trois jours de vives douleurs dans l'oreille droite. Trois ans auparavant elle a ressenti des lancements dans cette oreille pendant une semaine et elle a éprouvé des bourdonnements pendant les quinze jours qui ont précédé l'apparition de la douleur.

L'examen montre que la partie postérieure de la membrane du tympan fait une saillie, elle est en outre gonflée dans toute son étendue, la couche épidermique est en partie détruite, et la couleur est rouge grisâtre. Le manche du marteau n'est pas visible. Dans le conduit auditif se touvent des débris épidermiques qui sont enlevés avant l'examen du tympan.

La douleur est notablement améliorée et disparaît bientôt à la suite d'insufflations d'air avec la poire de Politzer, mais on n'entend pas de bruits de perforation, et la saillie de la membrane n'est en aucune façon modifiée.

L'attouchement de la membrane avec la sonde fait découvrir de la fluctuation et, le gonflement n'ayant pas diminué, on pratique la paracentèse. La perforation ne donne lieu à

aucun écoulement de pus, mais un polype de la grosseur d'un petit pois vient faire saillie dans la perforation; il paraît s'insérer par un large pédicule sur la muqueuse du promontoire. L'écoulement, léger au début, devient ensuite abondant quand l'ouverture du tympan se fut agrandie. En dehors des lavages de l'oreille et des insufflations d'air on pratique des instillations avec une solution boriquée à 4 0/0 contenant 10 grammes d'alcool rectifié et 15 grammes d'eau. Deux semaines plus tard l'écoulement avait beaucoup diminué. Un mois après le polype avait disparu ; la perforation devint plus petite et se ferma complètement. Le tympan épaissi prit une coloration grisâtre. Le siège de la perforation était marqué par une ligne brillante. Le manche du marteau resta indistinct. La montre est entendue à 10 centimètres, et la voix moyenne à une distance de 6 mètres, l'oreille gauche fermée. La malade, satisfaite du résultat, cessa alors tout traitement. (*Arch. of Otology,* septembre 1887.)

Dr Gorhans-Bacon.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

De la Céphalée postérieure. Ses relations avec les maladies du pharynx, par le Prof. Vergely.

Cette étude repose sur l'observation de 18 faits qui sont rapportés au commencement de cet intéressant mémoire, traitant un sujet peu connu en France ; car dans notre littérature médicale on ne trouve que quelques lignes écrites par Brochon, dans le Dictionnaire de Dechambre; cet auteur, à propos du coryza postérieur, dit que Ch. Fauvel signale comme symptôme de cette affection une douleur derrière la tête au niveau de la ligne courbe inférieure de l'occipital. Cette citation constitue toute la bibliographie française, et M. Vergely pense avec raison faire œuvre utile en portant à la connaissance de ses confrères les résultats de son expérience sur la céphalée d'origine pharyngée.

Il résulte des 18 observations personnelles de l'auteur que dans la pharyngite aiguë, dans les états subaigus dans le catarrhe chronique du pharynx buccal et nasal, il existe assez

souvent une douleur spontanée qui occupe la région de la nuque, l'émergence des nerfs occipitaux, la partie postérieure de l'occipital tout entière, ou particulièrement la bosse occipitale avec irradiations au vertex au front, aux tempes et à l'apophyse mastoïde, en un mot sur tout le trajet des branches du nerf occipital interne.

Cette douleur consiste parfois simplement en de la gêne, en de l'endolorissement, mais d'autres fois la souffrance est très grande, on l'a vue se manifester à la région mastoïdienne avec un tel caractère de violence qu'on a pu croire à une altération des cellules mastoïdiennes. Dans certains cas, enfin, la douleur n'est pas spontanée, on constate seulement à la pression des points douloureux, surtout à l'émergence des nerfs occipitaux.

Quand la trompe, la caisse, le tympan sont affectés, les douleurs se font sentir vers la conque, le tragus, la partie écailleuse du temporal. Si l'inflammation s'est propagée aux fosses nasales, aux sinus frontaux, c'est dans la racine du nez, dans la région sourcilière et sous-orbitaire que la douleur est accusée.

La douleur occipitale mastoïdienne, le cercle occipito-temporo-frontal peuvent exister en dehors de toute douleur perçue par le malade dans le pharynx. L'interrogatoire du malade est négatif et ne fournit aucun renseignement sur l'état de la gorge, il n'en faut pas moins l'examiner avec soin afin d'instituer un traitement rationnel et combattre la lésion pharyngée pour faire disparaître la céphalée.

Le D[r] Vergely examine ensuite quelles sont les affections autres que la pharyngite qui déterminent des douleurs occipitales, établit les points de repaire, les traits caractéristiques qui permettent de faire le diagnostic et de repousser l'idée de méningite, de lésions vertébrales, de sclérose, etc., etc. Il cite à ce propos un cas de Legal où une femme hystérique eut l'apophyse mastoïdienne trépanée pour une vive douleur d'origine pharyngée. — Quel est le mécanisme de production de cette céphalée? Le pharynx reçoit des nerfs du pneumogastrique, du glosso-pharyngien et du trijumeau. Est-ce par

l'intermédiaire des anastomoses de ces nerfs avec les premières paires cervicales qu'a lieu cette excitation douloureuse? Est-ce, au contraire, par action réflexe, le voisinage du pharynx avec la région cervicale, le bulbe centre des réflexes, permet de le supposer.

Quelle que soit la pathogénie de cette céphalée, elle doit être combattue par des moyens dirigés contre l'état du pharynx, l'auteur recommande la glycérine iodée, en badigeonnage, et des applications de cocaïne, contre le catarrhe du pharynx buccal, et des irrigations astringentes contre la rhino-pharyngée. Peut-être, dans certains cas, y aurait-il lieu de faire usage du galvano-cautère, mais c'est là un moyen employé surtout par les spécialistes, et le professeur Vergely se place au point de vue plus général; il s'adresse aux médecins praticiens qui tireront grand profit de la lecture de cet excellent travail. En effet ce mémoire est écrit avec un esprit éminemment clinique, l'auteur y fait preuve d'une grande érudition ; il montre par ses nombreuses citations que la littérature allemande et américaine lui est familière.

Dr J. Joal.

De la stomatite aphtheuse confluente bénigne et de son traitement, par le Dr Edgard Hirtz.

Tel est le titre d'une excellente leçon que vient de faire le Dr Hirtz à l'hôpital Lariboisière où il remplace le Dr Bouchard. La plupart des auteurs s'accordent à reconnaître à la stomatite aphtheuse deux formes, la discrète et la confluente. La première est bien décrite ; quant à la forme confluente, c'est à peine si quelques médecins lui accordent chez nous droit de cité. Un certain nombre d'observations permet au Dr Hirtz d'établir que la stomatite aphtheuse confluente n'est pas toujours une affection grave et redoutable et qu'elle peut être bénigne avec récidives faciles. Il est assez commun d'assister à l'apparition des poussées aphtheuses successives qui constituent un véritable cycle éruptif de plusieurs semaines de durée.

L'exanthème buccal est souvent précédé de prodromes

auxquels quelques malades ne se trompaient pas et qui devançaient la stomatite de 24 ou 48 heures, irritabilité du caractère, impressionnabilité des organes des sens, puis, le lendemain dans la bouche et l'arrière-gorge, il y a une sensation de chaleur âcre et de la rougeur vive. Le surlendemain l'éruption se produit sous forme d'une série de petits points jaunâtres gros comme une tête d'épingle, disséminés sur les lèvres, les joues et le pharynx ; le siége d'élection est l'interligne des grosses molaires supérieures et inférieures. Puis les vésicules s'agrandissent et se rompent et forment de petites ulcérations à fond très rouge. Dans les cas intenses le dos de la langue se desquame en totalité ou par plaques irrégulières.

Cette stomatite n'est contagieuse à aucun titre; elle ne s'accompagne pas de fièvre, elle occasionne seulement un peu de gêne dans la déglutition, et il y a diminution de l'appétit. Elle se manifeste chez les personnes sujettes à une constipation opiniâtre sous l'influence d'erreurs de régime.

Comme traitement, le Dr Hirtz conseille le salicylate de soude en badigeonnage cinq ou six fois par jour, avec une solution à 20/100. Cette médication lui a fourni d'excellents résultats. *(Journal Méd. Chirurgie pratique*, novembre 1887.)

J. Joal.

Stomatite ulcéro-membraneuse (clinique du Dr Descroizilles).

Le malade qui fait l'objet de cette clinique est un enfant de six ans, qui depuis quatre ou cinq jours présentait quelques troubles fébriles avec un léger embarras gastrique. En examinant la cavité buccale on découvrit, du côté droit, sur la langue, les gencives et en arrière de la lèvre inférieure des érosions à bords sinueux, recouvertes d'un enduit grisâtre, peu épais et très adhérent ; un peu de rougeur sur l'isthme du pharynx. L'haleine n'était que légèrement fétide, les ganglions étaient normaux et peu douloureux, la déglutition facile. Les caractères de l'exsudat étaient nets et le diagnostic de stomatite ulcéro-membraneuse s'imposait.

Le chlorate de potasse à l'intérieur en potion et à l'exté-

rieur sous forme de badigeonnages eut bientôt raison de ces accidents. Le malade quittait l'hôpital 15 jours après, complètement rétabli.

La rapidité de la guérison doit être attribuée au bon état général antérieur du sujet, au peu de gravité des symptômes généraux et des lésions buccales, à la promptitude du traitement. Il n'a pas été possible de reconnaître la cause étiologique de l'affection. *(Le Praticien n° du 29 août, 1887.)*

L. LACOARRET.

Note sur un cas d'éruption pharyngée dans la varicelle.

par M. MOUTARD, interne des hôp. de Rouen.

La varicelle, tout comme la variole, peut donner lieu aux exanthèmes du pharynx. L'observation publiée par l'auteur en est la preuve.

Il s'agit d'une enfant de 13 ans, atteinte de varicelle confirmée. Deux jours après l'éruption de la face, la petite malade accuse un mal de gorge intense. L'examen ne fait découvrir que de la rougeur du voile du palais. Les amygdales sont légèrement tuméfiées. Le lendemain on constate, surtout dans le pharynx, des ulcérations superficielles et groupées. Le jour suivant une nouvelle poussée de bulles disséminées se produit à la fois vers la peau, vers le voile du palais et la face interne des joues. Les bulles de la muqueuse conservent encore leur revêtement épithélial, elles sont semblables aux bulles cutanées. Cette nouvelle poussée, ses caractères ne présentent aucune analogie avec une éruption herpétique. Rien au larynx, les conjonctives et la muqueuse vulvaire sont indemnes.

Quant à la varicelle, elle a continué son évolution ordinaire. *(Normandie Médic., 15 juin 1887.)* L. LACOARRET.

Turberculose parenchymateuse de la langue, par le Dr BARTH.

L'auteur présente à la Société un malade âgé de trente-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire au deuxième degré, chez lequel on constate dans l'épaisseur de la langue des nodosités douloureuses ; près du bord gauche on voit des

nodosités exulcérées avec production de matière caséeuse. Un traitement syphilitique a été institué sans succès. Les crachats du malade contiennent des bacilles, mais les produits de raclage de la langue n'en renferment pas. M. Barth conclut à de la tuberculose linguale. (*Société médicale des hôpitaux*, 25 novembre 1887.) J. JOAL.

Des grenouillettes du vestibule de la bouche,
par le Dr AUTHENAC.

Dans une première partie sont étudiés les caractères différentiels des grenouillettes sublinguale, génienne labiale, et il dit que pour tous les kystes salivaires la pathogénie est la même; comme traitement il recommande l'extirpation et l'incision suivie de cautérisation. (*Thèse Montpellier*, 1887.)
J. JOAL.

Un cas d'angiome du pharynx *(A case of angioma of the pharynx)*,
par le Dr R. WOLFENDEN.

La malade, âgée de 25 ans, présentait au pharynx un angiome volumineux qui occupait la moitié droite toute entière de la paroi postérieure dans la région pharyngo-buccale. Il paraissait naître des parois postérieure et latérale du pharynx derrière le pilier postérieur et faisait une saillie qui s'étendait jusqu'à la ligne médiane. Il était raboteux, ferme et de coloration pourprée. Une petite partie de la tumeur dépassait la ligne médiane ; en haut la tumeur atteignait le niveau du voile du palais relevé pendant la phonation ; en bas elle descendait jusqu'au niveau de la base de la langue et, aussi loin qu'on pouvait l'examiner jusque dans l'œsophage, on voyait quelques veines variqueuses, partant de la tumeur. Les amygdales étaient peu développées, de sorte qu'il suffisait à la malade d'ouvrir la bouche pour qu'on pût apercevoir la tumeur. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que la malade ne paraissait pas éprouver la moindre gêne du fait de sa tumeur. Tout au plus éprouvait-elle une sensation de corps étranger à la gorge lorsqu'elle prenait froid. La déglutition n'était aucunement gênée. L'auteur fit

voir la malade à son collègue le Dr Morell-Mackenzie qui déclare n'avoir jamais observé un cas semblable. (*The Brit. Med. Journ.*, 11 juin 1887.) Dr J. Ch.

Epithélioma de la langue, du plancher de la bouche et du pilier antérieur du voile du palais, par le Dr Trélat.

A l'hôpital de la Charité, le professeur Trélat fait une leçon à propos d'un malade qu'il va opérer, et dit qu'il faut se méfier :

1° Des individus chez lesquels se produit insidieusement et en dehors de toute scrofule ou tuberculose un gonflement ganglionnaire bilatéral, dont l'origine est ignorée, ces gonflements étant le plus souvent la première manifestation du cancer ;

2° Des individus également qui ont atteint ou dépassé l'âge de quarante, cinquante ou soixante ans, et chez lesquels on voit apparaître tout-à-coup, sans cause appréciable, un gonflement ganglionnaire à marche rapide.

C'est là une classe intéressante de malades qu'il faut séparer du type où la maladie débute par de la difficulté à avaler, à parler, ou par des douleurs d'oreille. (*Gazette des hôpitaux*, 17 novembre 1887.) J. Joal.

VARIA

Sur le traitement et sur quelques particularités de la maladie de Basedow, par le Dr Vigouroux.

Depuis longtemps l'électricité a été employée avec succès dans le traitement du goître exophthalmique, mais ce sont les courants induits qu'emploie surtout M. Vigouroux et qui ont donné des effets remarquables.

L'auteur n'a rien obtenu des bromures, de l'ergotine, de la digitale ; il repousse les substances nuisibles, iode, fer, arsenic. Quant aux opérations chirurgicales. elles lui semblent bien difficiles à justifier. C'est un bon sentiment qui fait ainsi juger les médications autres que l'électricité ; M. Vigouroux est spécialiste en la nature, il ne doit pas connaître

le travail de Ihack, et les cas traités avec succès par la destruction des cornets. (*Progrès médical*, 22 octobre 1887.)

J. JOAL.

De l'acide fluorhydrique et de son emploi comme antiseptique contre la diphtérie, par le Dr H. BERGERON.

M. Bergeron emploie depuis 1877 cet acide à l'état naissant dans le traitement de la diphtérie; il a écrit plusieurs Mémoires sur le sujet. Aujourd'hui il rappelle qu'on doit placer les malades dans une chambre de 10 mètres cubes de capacité, qu'on emploie le spalt de fluor chauffé au bain-marie.

Les sujets supportent bien ces inhalations; en 48 heures les malades guérissent, les fausses membranes disparaissent et dans l'entourage des malades il n'y a aucun cas de contagion.

Dr J. JOAL.

Note sur un cas de diphtérie secondaire à une pneumonie chez un enfant de dix-sept mois, guérison, par le Dr G. WEIL

Cas d'un enfant de dix-sept mois qui a guéri après une maladie de 44 jours. Au début, de la broncho-pneumonie, puis muguet et angine pultacée, enfin diphtérie secondaire sans engorgement ganglionnaire ni diphtérie cutanée. (Juin 1887.)

J. JOAL.

Traitements antiseptiques de la diphtérie, par le Dr P. LE GENDRE, Chef de Clinique, Hôpital des Enfants.

Étude très complète des médicaments employés dans la diphtérie.

L'auteur passe successivement en revue les propriétés et l'action thérapeutique du sublimé, du calomel, du cyanure de mercure, des frictions mercurielles, de l'iodoforme, du brome et des bromures, du soufre et des sulfures, de l'acide salicylique, du benzoate de soude, de l'acide borique, du chloral, de l'acide lactique, de l'acide oxalique, de la résorcine, de la quinoline, de l'essence de térébenthine, de l'acide phénique.

Après bien des essais et des tentatives, le Dr Le Gendre recommande le traitement suivant :

Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des fausses membranes et un peu au-delà avec une solution de sublimé à 1/100 dans l'alcool.

Toutes les 2 heures, irrigations abondantes avec une solution saturée d'acide borique (4/100) chaude ; pulvérisations avec la même solution.

Comme médication interne, le benzoate de soude de 3 à 12 grammes, les vins de Bordeaux, de Champagne et le café. Ce traitement a été expérimenté à l'hôpital des Enfants malades et a donné de bons résultats.

L'auteur termine son travail par quelques conseils essentiellement pratiques sur la façon de faire les irrigations et les pulvérisations, et il insiste sur les points importants que les confrères ne doivent jamais oublier ; à savoir que dans aucun cas il ne faut badigeonner la gorge avec des caustiques et donner des médicaments capables d'entraver les fonctions digestives.

Grâce à ces préceptes, le Dr Hutinel n'a pas perdu, dans les mois de septembre et d'octobre, un seul enfant d'angine diphtérique, si étendues que fussent les fausses membranes sur la muqueuse buccale, les amygdales et les piliers ; plusieurs enfants ont guéri qui avaient des fausses membranes dans les fosses nasales et l'arrière-cavité, avec adénopathies.

Aucun des enfants qui étaient entrés dans le service avec une angine, le larynx étant indemne, n'a pris le croup.

L'auteur reconnaît que dans le croup confirmé, dans l'intoxication générale, il n'y a rien à faire d'utile en dehors de la trachéotomie et du traitement tonique. (*Archives Laryng.*, octobre 1887.)

J. JOAL.

Études sur l'hygroma de la bourse thyro-hyoïdienne,
par le Dr BATUT.

La moitié du travail est consacrée à l'historique de la question, à l'anatomie du cou, à l'étiologie, à la symptomatologie de l'hygroma après les auteurs classiques ; puis sont étudiées les différentes méthodes de traitement, et Batut conclut à leur impuissance. Il recommande l'extirpation

complète suivie d'immobilisation de la région à l'aide de la sonde œsophagienne et du pansement compressif de Julliard. (*These Bordeaux*, 1887.) J. JOAL.

Goître kystique; maladie de Basedow; guérison, par le profes. DUBRUEIL.

A propos d'un malade atteint de goître kystique et guéri par l'ablation de la poche, Dubrueil dit que le drainage est dangereux, que l'injection iodée ne réussit pas toujours. L'intervention chirurgicale a fait diminuer l'exophthalmie et la fréquence des pulsations, et il dit qu'on a vu d'autres faits, celui d'Ollier principalement, où les phénomènes de la maladie de Basedow ont été amendés par l'ablation du goître kystique. (*Gazette médicale de Paris*, 20 août 1887.)

J. JOAL.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Epistaxis, par le Dr FLETCHER-INGALS.

L'auteur rapporte plusieurs observations d'épistaxis et termine par les conclusions suivantes :

D'ordinaire l'épistaxis cesse spontanément. Chez les enfants et les adultes jeunes, elle constitue d'ordinaire un effort de la nature pour combattre la pléthore, et, par conséquent, ne réclame pas un traitement actif.

Les épistaxis fréquentes peuvent être parfois guéries par un traitement général, mais le plus souvent il est nécessaire d'employer un traitement local. Quand l'hémorrhagie est abondante, on l'arrête le plus souvent avec des insufflations de cocaïne ou à l'aide d'astringents ; on peut, si c'est nécessaire, pratiquer en même temps le tamponnement des fosses nasales antérieures. Quand cette méthode de traitement ne réussit pas, on doit traiter la cavité nasale à l'aide d'insufflations d'iodoforme et la tamponner soigneusement à l'aide de gaz saturé d'acide tannique. Ce mode de traitement réussit presque toujours, aussi ne doit-on pratiquer le tamponnement postérieur, qui est parfois dangereux, qu'en dernier ressort.

Presque toujours l'examen rhinoscopique, soigneusement fait, permet de découvrir le siège de l'hémorrhagie qui peut toujours alors être guéri par un emploi judicieux de nitrate d'argent ou, mieux, du galvano-cautère (*The Med. News*, 23 juillet 1887.) Dr J. Chéran.

Contribution à l'étude des varices nasales et leur traitement, par M. G. Villedary.

La plupart des observations rapportées dans la thèse ont été recueillies à la clinique du Dr Moure.

Les épistaxis spontanées sont très rares, et après Chiari, Voltolini, Calmettes, Kœsselbach, Bandles, Hartmann, l'auteur vient soutenir que ces hémorragies reconnaissent pour cause la présence de dilatations veineuses qui siègent le plus souvent à la partie antérieure et inférieure de la cloison osseuse.

M. Villedary fait d'abord une étude anatomique de la muqueuse pituitaire, et fait ressortir la disposition des cornets, la turgescence du tissu érectile, puis viennent sept faits d'épistaxis chez des malades ayant des varices nasales. L'ectasie se dessine sous la forme d'une surface rouge, sombre, légèrement saillante au-dessus de la muqueuse pituitaire et sur les bords on aperçoit un réseau de vaisseaux délicats allant se perdre dans l'épaisseur du tissu ambiant.

Comme traitement des dilatations veineuses de la pituitaire, cautérisation à l'acide chromique ou au galvano-cautère. (*Thèse Bordeaux*, 1887.) J. Joal.

Du tissu érectile des fosses nasales, par le Dr Isch Wall.

Cruveilher et Sappey avaient parlé des réseaux très riches et comme caverneux de la muqueuse nasale, mais ce n'est que dans ces dernières années que Zuckerkandl, Hack, Fraenkel et John Mackenzie ont étudié le tissu érectile des fosses nasales. Isch Wall a voulu vérifier les recherches des auteurs allemands et américains. Il a examiné la muqueuse nasale d'un certain nombre d'embryons de mammifères sur la cloison d'un fœtus de porc, il a vu de nombreux capillaires dilatés;

sur le cornet inférieur d'un chat nouveau-né existait un riche réseau de capillaires, ainsi que sur des fœtus de taupe, de rat; enfin sur un fœtus humain de sept mois, il a aussi constaté sur le bord libre du cornet inférieur des capillaires en abondance.

En ce qui concerne les animaux adultes, il a vu des dilatations vasculaires chez le tatou, le chevreuil, le chameau, le lapin. Enfin sur une coupe transversale du cornet moyen d'un homme adulte, il a reconnu des lacunes assez grandes d'autant plus larges qu'elles sont plus rapprochées de la couche profonde; le tissu érectile du cornet moyen est surtout épais au niveau du bord libre, il va en s'amincissant vers l'insertion du cornet, il est aussi plus abondant sur la face supérieure que sur la face inférieure. Sur le cornet supérieur il existe une disposition semblable du tissu érectile, il en est de même sur certains points du cornet inférieur ; or, l'existence des lacunes chez l'adulte et des capillaires dilatés chez l'embryon montre bien qu'il s'agit d'un tissu érectile.

Il n'y a pas dans la muqueuse nasale de membrane d'enveloppe isolant le tissu spongieux, mais celle-ci n'a rien de caractéristique ; et, par exemple, personne ne met en doute la nature érectile de la crête du coq dans laquelle de nombreux capillaires arrivent jusqu'à l'épithélium dont ils ne sont séparés que par la membrane de Bowman, exactement comme cela a lieu pour les corps caverneux de la pituitaire.

Ce tissu spongieux est susceptible de turgescence, l'érection vraie étant rendue impossible par l'absence de membrane d'enveloppe inextensible au-delà de certaines limites. Isch Wall, après d'autres auteurs, a constaté cette turgescence chez certaines femmes au moment des règles, et chez des jeunes gens faisant des efforts de façon à rendre leur face turgide; le gonflement diminue à la suite d'une émotion anémiante qui rend le visage pâle.

Cette turgescence de la pituitaire était probablement destinée à augmenter la surface qui doit être en contact avec les particules odorantes, et à rendre sensibles les impressions les plus délicates en hyperesthésiant les terminaisons ner-

veuses ; les organes caverneux sont surtout développés chez les animaux sauvages qui ont besoin d'une plus grande sensibilité olfactive, pour flairer leur proie ou se garantir de leurs ennemis.

Enfin la turgescence des cornets peut être le point de départ de certains réflexes et notamment de l'érection ; chez certains animaux, la femelle, au moment du rut, répand une odeur spéciale qui impressionne la pituitaire du mâle et détermine l'érection. Du reste J. Mackenzie a démontré qu'il existait de véritables sympathies entre le nez et les organes génitaux, il a fait voir que les excitations sexuelles physiologiques et pathologiques retentissaient d'une façon fâcheuse sur la membrane pituitaire.

En résumé la nature vraiment érectile du tissu spongieux de la pituitaire est prouvée, par son développement, par sa structure, par ses fonctions physiologiques. (*Progrès médical*, 10-17 septembre 1887). J. JOAL.

Des indications opératoires dans certaines tumeurs récidivantes de la oavité de l'arrière-cavité des fosses nasales, par le Dr VERCHÈRE.

Verchère rapporte deux observations.

L'une de polype naso-pharyngien guéri par la destruction lente au thermo-cautère après incision palatine.

L'autre, de sarcome globo-cellulaire des fosses nasales et de l'arrière-cavité du pharynx enlevé après incision préalable du nez.

L'auteur fait remarquer que dans tous les cas où une tumeur siégeant dans la cavité nasale ou dans l'arrière-cavité est inaccessible par les voies naturelles ; il faut avoir recours à une opération préliminaire de la voûte palatine pour les polypes naso-pharyngiens et incision médiane du nez pour les tumeurs des fosses nasales. (*Archives Laryngologie*, octobre 1887.) J. JOAL.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Arnold. — Des kystes dermoïdes de la cavité bucco-pharyngée et de leur situation chez les monstres (*Virchow. Archiv.* CXI, I).

Bernays. — Trois cas d'extirpation de la langue (*Saint-Louis med. a surg. J.*, nº 6, déc. 1887).

Bonome. — Forme rare de tuberculose pharyngée (*Acad. med. de Turin*; *Riforma med.*, an IV, nº 46, Rome 1888).

Beverley-Robinson. — Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde des fossettes épiglottiques (*The Practit. Soc.*, 6 janv. in *Med. Rec.*, 4 fév. 1888).

Blache (**R**). Hypertrophie des amygdales palatines (*Rev. des mal. de l'enfance,* fév. 1888).

Broca. — Quelques observations anatomiques sur le bec de lièvre complexe de la lèvre supérieure (*Arch. de Laryng.*, nº 3, Paris, 1888).

Brothers, — Division congénitale de la langue (*The med. Rec. N.-Y.*, 28 janv. 1888).

Cheesmann (W.). — Du souffle buccal (*The med. Rec. N.-Y.*, 3 mars 1888).

Dencks (Walter). — Traitement chirurgical de la fissure palatine des nouveau-nés (*Koningsb.* 1887, *Hartung*, 8º).

Duncan (J. H.). — Adhérence complète du voile du palais à la paroi postérieure du pharynx, etc (*Canada pract.*, janv. 1888).

Dupré. — Ulcération gommeuse mutilante du voile palatin (*France méd.*, 13 mars 1888).

Ellerman (Cl.). Deux tumeurs rares du voile du palais (*Brit. med. j.*, 21 janv. 1888).

Fortescuc Fox. — Symptômes alarmants produits par une pulvérisation de cocaïne dans la gorge (*Brit. med. j.*, 18 fév. 1888).

Fraenkel (Eugen). — Anatomie et étiologie de la stomatite aphteuse (*Centrabl. f. Klin. Médicin,* nº 8, 25 fév. 1888).

Ghinozzi. — Allongement du voile du palais (*Riforma medica,* an IV, nºs 14-15, Rome 1888).

Hacker. — Fissure palatine et restauration chirurgicale (*K. K. Gesells. d. Aerzt, in Wien. Wien. med. Presse,* nº 5, 1888).

Hadden. — Sécheresse de la bouche ou suppression de la salive et des sécrétions buccales (*Med. Soc. of. London*; *The Lancet*, 17 mars 1888, p. 523).

Hager. — De la pharyngite phlegmoneuse aiguë infectieuse (*Berl. Klin. Woch.*, nº 12, 19 mars 1888).

Harris. — Pharyngite phlegmoneuse (*Pathol. soc. of. Manchester in Brit. med., Journ.*, 25 février 1888).

Hontang. — Gomme ramollie du pharynx simulant un abcès rétro-pharyngien, incision, traitement spécifique, guérison (*Annal. des mal. de l'oreille etc.*, nº 2, 1888).

Howel Way. — Un cas de mort par suffocation dans une amygdalite phlegmoneuse (*The med. Rec. N.-Y.*, 25 fév. 1888).

Koch et Marie. — Contribution à l'étude de l'hémiatrophie de la langue (*Rev. de méd.,* 10 janv. 1888).

Landgraf. — Phlegmon infectieux primitif du pharynx (*Berl. Kl. Woch.*, nº 6, 6 fév. 1888).

Lauenstein. — Carcinome du voile du palais (*Aertz Verein in Hamburg*, 21 fév. 1888, *Münch med. Woch.*, nº 9, 28 fév. 1888).

Lucas (Cl.). — Epithélioma de la lèvre et des ganglions; extirpation de la tumeur et de 5 centimètres de veine jugulaire, etc. (*The Lancet*, 31 décembre 1887).

Masucci. — Phlegmons infectieux aigus du pharynx (*Rassegna Crit. internaz. delle malat. del naso., etc.*, an I, janv. 1888, nº 1).

Morgan. — Nævus de la langue (*Med. Soc. of. London* in *Brit. med. journ.*, 28 janv. 1888).

Occhini (F.). — Ulcérations imaginaires de la langue (*Gaz. med. di Roma*, 15 fév. 1888).

Poncet. — Fibro-lipome congénital de la langue (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 9 janv. in *Lyon med.*, 22 janv. 1888).

Poncet. — Tumeur de la langue (*Soc. nat. de méd. de Lyon*, 16 janv. 1887).

Porter. — La galvano-puncture dans le traitement des hypertrophies amygdaliennes (*Med. Soc. of. st. of. N.-York* in *N.-Y. med. journ.*, 11 février 1888, p. 157).

Reynolds. — (H.-J.). — Sur un cas d'éruption syphilitique avec chancre sur l'amygdale (*Philadelphia med. Times*, 1er mars 1888).

Ricard. — Fibro-lipome congénital de la langue (*Gaz. des hôpit.*, 28 février 1888).

Ricard. — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Wharton (*Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1888).

Rotham (A). — Papillome de la cavité buccale (*Orvozi hetil. Budapesth* 1887, XXXI, 1461-1464).

Rousseau. — Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë (*Thèse de Paris*, 1888).

Schech (P.). — Les maladies de la bouche, du pharynx et du nez (*Zweite auflage Leipziy* et *Wien. Tœplitz* et *Deutshe* 1888).

Schliferowitsch (P.). — Tuberculose de la bouche *Deuts Zts f. Chir.*, Bd., XXVI).

Sprengel. — Un cas de tumeur de l'ethmoïde (*Arch. f. Klin. Chir., Berl.*, 1887, XI, 483).

Thomsen. — Brûlure de la langue et de la bouche par un marron rôti (*The Lancet*, 25 fév. 1888).

Tissier. — Amygdalite folliculaire et contagion (*Annales des mal. de l'or., etc.*, nº 2, 1888).

Villar. — Lymphadénome de l'amygdale (*Soc. anatom.*, Paris, 24 fév. 1888).

Wolff. — Uranoplastie et staphylloraphie chez les enfants (*Archiv. f. Klin. Chir.*, XXXVI, 4, 1888).

Whitehead. — Excision de la langue (*The Lancet*, 28 janv. 1888).

Zemann. — Un cas de pharyngite infectieuse aiguë (*Gesells. der Aerzte in Wien.*, 9 mars; *Wiener med. Presse*, nº 11, 11 mars 1888).

Nez et Pharynx nasal.

Antoni. — Perfectionnement du tampon nasal (rhinobion) (*Bollet. delle malat. dell'orecch., etc.*, nº 2, mars 1888).

Bayer. — De la technique des rhinoplasties partielles (*Prager medic. Wochensch.*, n° 10, 7 mars 1888).

Bosworth. — Action des caustiques sur le mucus nasal (*Med. Soc. of State of N.-Y.*, tenu à Albany, 7, 8 et 9 février 1888).

Boulangier. — Chancre sur l'aile du nez (*La Clinique*, n° 4, 26 janv. 1888).

Bresgen (Max). — Rhinite croupale (*Deuts. med. Woch.*, n° 4, 26 janvier 1888).

Bronner (A.). — Tumeurs rétro-nasales (Badfort, *Med. ch. Soc.* in *The Brit. med. j.*, 4 février 1888).

Chatellier. — Histologie pathologique des hypertrophies de la muqueuse nasale (*Progr. méd.*, 28 janvier 1888; *Soc. de Biol.*, Paris, 21 janvier 1888).

Cleland (J.). — Coryza hypertrophique, ses rapports avec l'adolescence (*Amer. Lancet*, février 1888).

Coupard. — Corps étranger de la narine droite (*Soc. de méd. prat.*, 15 mars 1888).

Dupré. — Lésion déformante des os du nez, ulcération gommeuse mutilante du voile palatin (*France méd.*, 13 mars 1888).

Duret et Lavrand. — Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 21 déc. 1887, in *Journ. des Sc. méd.*, 3 fév. 1888).

Engel (Gabriel). — Prophylaxie de certaines affections de la muqueuse nasale des nouveau-nés (*Wien. med. Presse*, nos 8-9, 19 et 26 février 1888).

Evant (d'). — Deux cas de rhinotomie pour sarcome des fosses nasales (*Gli incurabili*, nos 7, 8, 9, Naples, 1887).

Felici. — Corps étranger du nez (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an VI, n° 2, Florence, 1er mars 1888).

Felici. — Corps étranger du nez (*Bollet. delle malat, dell'orecch., etc.*, n° 2, mars 1888).

Ficano. — Sarcome fusiforme de la cloison du nez (*Gaz. degli Ospit.*, an IX, n° 12, Milan, 8 février 1888).

Freudenthal. — Troubles du nez et du naso-pharynx coexistant avec des hernies. (*Monats f. Ohrenheilk* n° 1.-2. Janv. fév. 1888)

Fritsche. — Extirpation radicale des polypes du nez (*Therap. Monats.*, 1887, II).

Good Willie. — Tubage nasal (*The N.-Y. med. Journ.*, 4 février 1888).

Gradle. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*The Journ. of. Amer. med. Assoc.*, 28 fév. 1888).

Lermoyez. — Sur la pathogénie de l'asthme du foin (*Ann. des mal. de l'oreille, n°* 3, mars 1888).

Jessop. — Ulcère simple perforant de la cloison du nez (*Leeds A. W. Riding. med. chir. Soc.*, 2 mars, in *Brit. med. Journ.*, 10 mars 1888).

Klamann. — De quelques micro-organismes dans la sécrétion de la rhinite chronique ou atrophique (ozène) avec remarques sur le traitement de l'ozène et sur les variétés de sécrétions (*Allgem. med. Centralb. Ztg.*, 94-97, 1887).

Krelling. — Deux cas de localisation extra-génitale d'une affection primitive (une fois sur le nez) (*Vierteljarschr. f. Dermat. u. syphilis*, XV, I).

Luc. — Discussion sur l'ozène (*Soc. de méd. prat.*, 25 février 1888).

Robertson (W.). — Le galvano-cautère dans le traitement des maladies du nez et du pharynx (*Northumberland, a. D. med. Soc.*, 12 janvier, in *The Lancet*, 4 fév. 1888).

Rochet. — Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens (*Province méd.*, 11 fév. 1888).

Roé (J.). — Scie nasale électrique (*The N.-Y. med. J.*, 4 fév. 1888).

Rutterford-Morrison. — Rhinoplastie (*British med. Journ.*, 17 mars 1888).

Schmiegelow. — Écoulement purulent du nez, sa valeur et son traitement avec une statistique de 23 cas d'empyème de l'antre d'Highmore, des cellules ethmoïdales et du sinus frontal (*Hospital Tidende*, février 1888).

Seiber (C.). — Enchondromes de la cloison du nez, leur ablation (*The med. Rec.*, 18 fév. 1888).

Sibley. — Abcès du cerveau adénome du corps pituitaire (*Path. Soc. of London* in *The Lancet*, 21 janvier 1888).

Spicer. — Tréphine nasale (électrique) (*W. London med. chir. Soc.* in *Brit. med. J.*, 21 janv. 1888).

Walsem. — De la bourse pharyngée (*Weekblad van het Nederl. Tidjdschr. voor Geneesk.*, n° 9, 1887).

Walsham. — Nouvelle méthode pour appliquer un appareil pour redresser les déviations de la cloison (*The Lancet*, 25 février 1888).

Wright Wilson. — Forceps pour les polypes des arrière-fosses nasales (*Brit. med. Journ.*, 17 mars 1888, p. 597).

Larynx et Trachée.

Abate. — Le mutisme des femmes enceintes (Pastore, Catanie, 1887).

Abate. — L'électricité et la paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs (Pastore, Catanie, 1887).

Abate. — Métastase laryngée tuberculeuse (Pastore, Catanie, 1888).

Abate. — Un cas de chorée vocale (Pastore, Catanie, 1887).

Abraham. — Épithélioma du larynx (*Brit. med. J.*, 21 janv. 1888).

Ady. — Réduction du thyroïde, luxation de l'os hyoïde (*The med. a. surg. Journ.*, 4 février 1888).

Baber (Creswell). — Instrument pour examiner certaines parties du larynx (Corresp. *de The Lancet*, 18 février 1888, p. 356).

Barendt. — Fracture du larynx, emphysème du cou, laryngotomie ; mort (*The Lancet*, 3 mars 1888, p. 418).

Blindermann (M.). — Nouveaux procédés de traitement de la phthisie laryngée ; remarque sur les résultats obtenus à la clinique pour les maladies du larynx, etc., de Heidelberg (*Dissertation*, Heidelberg, 1887).

Bosley (G.). — Rapport d'un cas de sténose laryngée due à la compression par un goître, opération (*The N.-Y, med. Journ.*, 28 janv. 1888).

Bottey. — Aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique (*Soc. med. prat.*, Paris, déc. 1887).

Cardone. — Relevé statistique de la clinique laryngologique de l'Université de Naples (*Progresso med.*, an II, n° 4, Naples, 1888).

Carpani. — Un cas de corps étranger dans les voies aériennes (*Morgagni* an XXX, n° 2, Naples, fév. 1888).

Casadesus (J.-R.). — Les progrès de la laryngologie, etc. (suite et fin.) (*Revista de laringol., etc.*, n° 8, fév. 1888).

Cheatam. — Un cas intéressant du tubage (*The Cincinnati Lancet clinic.*, 18 fév. 1888).

Cheatam. — Leçon sur le tubage (*Southein pract.*, mars 1888).

Demons. — Extirpation du larynx pour cancer (*Congrès français de chirurgie,* Paris. 1888).

Desvernine. — Angiome pédiculé de l'épiglotte (*Rev. des sc. med. de la Havane,* 20 déc. 1887).

O'Dwyer. — Tubage du larynx chez un adulte (*Med. Soc. of state of N.-Y.*, 7, 8 et 9, fév. 1888).

Eisenlohr. — Contribution à la pathologie des paralysies du larynx d'origine centrale (*Arch. f. Psychiatrie,* XIX, 2).

Espina y Capso. — Traitement des complications de la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Revista de méd. y Cir. practica,* 7 et 22 janv. 1888).

Frattini. — Cas de mutisme hystérique, produit et guéri par émotion morale (*Gaz. degli Ospit.*, an IX, n° 4, Milan, 1888).

Fubini. — Hydrophobie chez l'homme et utilité de la cocaïne dans le spasme pharyngo-laryngé (*Medic. Contemp.*, an V, n° 4, Naples, février 1888).

Garel. — Batterie électrique pour l'éclairage du larynx (*Soc. des sc. méd. de Lyon,* 29 fév. 1888).

Hahn (E.). — Bon moyen pour enlever de gros morceaux du larynx sans tamponnement ni perte de sang (*Arch. f. Klin. chir.*. XXXVI, 3, p. 605, 1887).

Hahn. — Présentation de malades extirpés du larynx (*Berl. Klin. Woch.* n° 3, 1888).

Harris. — Ulcère gangreneux du larynx (*Pathol. soc. of Manchester,* 8 fév. 1888, in *Brit. med. Journ,* 25 fév. 1888).

Heryng. — Le curage des ulcérations tuberculeuses du larynx et ses conséquences (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 6, 7 fév. 1888).

Heymann. — Paralysie isolée du muscle crico-arytén-latéral gauche (*Deuts. med. Woch.*, n° 7. p. 134, 16 fév. 1888).

Hopman.— Ulcérations verruqueuses de la muqueuse respiratoire (*Allgemn. aerzt. Verein. zu Koln.*, 23 janv. 1888, *Munch. med. Woch.*, n° 8, 21 fév. 1888).

Hooper. — Anatomie et physiologie des récurrents (suite et fin.) (Traduct. du *N.-Y med. Rec.* in *Ann. des mal. de l'oreille*, n° 1, 1888).

Kœberlé. — Tumeurs polypeuses du larynx. Asphyxie. Laryngotomie (*Allg., Wien. med. Ztg.*, n° 48, 1887).

Koch (P.). — Sur la laryngite sous-glottique aiguë (*Ann. des mal. de l'oreille,* n° 3, mars 1888).

Koch (P.). — Sur le spasme phonique de la glotte (*Annal. des mal. de l'oreille, etc.*, n° 3, mars 1888).

Kochler (A.). — De vingt-quatre extirpations du larynx faites depuis 1876 à la clinique chirurgicale de Bardeleben (*Deuts. Zts. f. chir.*, XXVI, 1 et 2, p. 124, 1887).

Korkunow (A.). — Formation des ulcérations tuberculeuses du larynx ; rôle des bacilles de la tuberculose (*Wratsch.*, nos 32, 35, 1887).

Kœrner (O.). — Un cas de cancer primitif des grosses bronches avec obstruction atélectasique d'une durée de sept semaines de tout le poumon droit (*Münch. med. Woch.*, n° 11, 13 mars 1888).

Kümmel. — Trois cas d'extirpation du larynx (*Aerzt. Verein* in *Hamburg,* 24 janv. 1888, in *Münch med. Woch.*, n° 5, 31 janv. 1888).

Labougle. — Note sur une artère thymique provenant de la thyroïdienne moyenne de Neubauer (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 11 mars 1888).

Landgraf. — Un cas de fracture du larynx consécutif à un traumatisme du corps (*Friedreichs. Bl. f. gericht. med.*, XXXIX, 1).

Lennox-Browne. — Le cas du Kronprinz (*Med. press. and circular*, 22 fév. 1888).

Lightfoot. — Tuberculose laryngée (*Brit. med. Journ.*, 17 mars 1888, page 596).

Lord (J.-N). **et Pearce-Kintzing.** — Un cas d'asthme spasmodique dû à un anévrysme (*The N.-Y. med. Journ.*, 4 fév. 1888).

Luc. — Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme (*Union med.*, 16 fév., et *Courrier méd.* 25 fév. 1888).

Luc. — De l'ozène trachéal (*Arch. de laryngol.*, Paris, nº 3, 1888).

Luc. — Nouveau cas d'ozène trachéal (*Soc. de méd. prat.*, 25 fév. 1888).

Luckinger. — Aphasie transitoire dans un cas d'accouchement tardif (*Münch. med. Woch.*, nº 5, 31 janv. 1888).

Lyon. — Aiguille enlevée des voies aériennes (*Northumberland a. D. med. Soc.*, 12 janv., in *The Lancet*, 4 fév. 1888).

Mackenzie (H.). — Laryngite chronique probablement tuberculeuse, traitée par la trachéotomie et l'extirpation endolaryngée de la tumeur (*Brit. med. j.*, 4 fév. 1888).

Mackenzie (Hunter). — Thyrotomie pour végétation du larynx (*Union med.*, 25 fév. 1888, nº 26).

Mac-Cormac (W.). — Fermeture immédiate des plaies de la trachée (Corresp. de *The Lancet*, 4 fév. 1888).

Massei. — Étude de la laryngologie (*Riforma med.*, an III, nº 288, Naples, 1887).

Masucci. — Études comparatives sur les différentes méthodes de traitement local de la tuberculose laryngée (*Giorn. Intern.*, an IX, nº 11, Naples, 1887).

Masucci. — Étude sur la physiologie et la pathologie de la voix (*Rivista clinica e Terap.*, an X, nº 2, Naples, 1887).

Masucci. — Physiologie et hygiène de la voix et du chant (*Régina*, Naples, 1887).

Masucci. — Sur les névroses laryngées (*Giorn. de clinique Terap.*, an XXX, nº 2, Naples, fév. 1888).

Mauriac (Ch.). — Syphilis tertiaire du larynx (*Arch. gén. de Médecine*, février, mars 1888).

Maydl. — Pronostic dans les cas d'extirpation du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, nº 4, 1888).

Miro-Perez. — Hystéro-épilepsie, aphonie et dysphonie traitées par suggestion à l'état de veille et à l'état hypnotique (*Cren., med, quirug de la Habana*, nº 1, janv. 1888).

Mollière. — Laryngectomie partielle pour un épithélioma du larynx (*Soc. des sc. méd. de Lyon*, 15 fév. 1888, in *Rev. med.*).

Montgomery. — Analyse de vingt-cinq cas de tubage (*Philadelphia med. Times*, 15 fév. 1888).

Morell-Mackenzie. — Le cas du prince impérial d'Allemagne (*The Lancet*, 18 fév. 1888).

Morell-Mackenzie. — La maladie de son A. I. le Konprinz allemand (*Deuts med. Woch.*, nº 8. p. 159, 23 fév. 1888).

Moure. — (Leçon recueillie par Natier.) Application de la laryngoscopie (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 fév. 1888).

Oltuszewski (W.). — Action de l'acide lactique dans la tuberculose du larynx (*Deuts. med. Woch.*, nº 8, 23 fév. 1888).

Phelippeaux. — Mandrin trachéotome (*Poitou méd.*, 1er fév. 1888).

Pieniazck (P.). — Supplément à la laryngôscopie (*Intern. Centralb. f. laryng* u. *Rhinol*,, nº 9, mars 1888).

Pieniazck. — Extraction d'une aiguille d'une bronche de deuxième ordre du côté droit (*Internat. klin. Rundschau*, nº 6, 1888).

Przedborski (L.). — Méthodes modernes de traitement de la phthisie laryngée (*Gazeta lekarska*, nº 37, 38, 39, 1887).

Rice (Clarence C.). — Extirpation des polypes du larynx avec le serre-nœud de Dwyer, et le tubage du larynx (*Med. Soc.of st. of N.-York* in *N.-Y. med. J.*, 11 fév. 1888, p. 157).

Riegner (O.). — A propos de l'extirpation du larynx (*Offener Brief an den redacteur, etc., Breslau. aertzl. Zts.*, nº 5, p. 56, 10 mars 1888).

Rosenbach. — Étude de la vulnérabilité différente des fibres du récurrent (*Berl. Kl. Woch.*, nº 8, 20 fév. 1888).

Roser. — Traitement consécutif à la trachéotomie (*Deuts. med. Woch.*, nº 7, 16 fév. 1888).

Scanes-Spicer. — Sur les fonctions de la luette et de l'épiglotte (*Harvelan soc. of London in British med. Journ.*, 17 mars 1888).

Schech (Ph.). — Un laryngofantome technique (*Münch. med. Woch.*, nº 11, 13 mars 1888).

Schnitzler. — Traitement de la tuberculose laryngée par le phosphate de chaux (*Rassegna. critic. internaz. della malat., del naso, gola, etc*, nº 1, an I. janv. 1888).

Schweig (H.). — Quelques causes de troubles de la voix (*The N.-Y. med. Journ.*, 28 janv. 1888).

Seifert et **Hoffa.** — Un cas de formation membraneuse congénitale guéri par la laryngofissure et le cathétérisme consécutif (*Berl. Kl. Woch.*, nº 10, 5 mars 1888).

Semon. — Étude de la vulnérabilité différente des fibres du récurrent (*Berl. Kl. Woch.*, nº 10, 5 mars 1888).

Stelzner. — Extirpation du larynx avec présentation de malade (*Jahresbericht der Gesells. f. Natur und. Heilk zu Dresden*, 1886-87).

Steell (G.). — Expulsion spontanée d'un polype du larynx (*Brit. med. J.*, 4 fév. 1888).

Ström (Christiana). — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (*Norsk. Magazin for Laegevidenskaben*, déc. 1887).

Tailfourd (J.). — Trachéotomie faite, il y a quatre ans, chez un adulte pour une affection laryngée. Malade bien portant et ayant encore sa canule (*The Lancet*, 25 fév. 1888).

Thost. — Présentation d'un larynx atteint de carcinome (*Aerztl. Verein in Hamburg*, 21 mars 1887; *Münch. med. Woch.*, nº 9, 1888).

Torsellini. — La trachéotomie dans le croup (*Riforma med.*, an V, nºs 16 à 22, Rome, 1888).

Virchow. — Rapport sur l'examen de la tumeur du prince impérial d'Allemagne (*The Lancet*, 10 mars 1888).

Virchow. — Larynx de phthisique (*Berl. med. Gesells.*, 25 janv. *Deuts. med. Woch.*, n° 5, 2 fév. 1888).

Virchow (R.). — Avis de l'auteur à propos d'un morceau de tumeur extrait du larynx de son A. I. le Kronprinz (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, p. 159, 23 fév. 1888).

Wesener. — Deux cas de croup laryngé avec diphtérie primitive des amygdales reconnue après la mort. Quelques réflexions sur les rapports du croup et de la diphtérie (*Münch. med. Woch.*, nos 8, 9, 21-28 fév. 1888).

Willard (H.). **Morse.** — La laryngotomie est-elle préférable à la trachéotomie? (*The med. and surg. reporter*, 3 mars 1888).

Wise. — Laryngotomie heureuse pour un cas de sténose laryngée, etc. (*The Lancet*, 17 mars 1888, p. 514).

White. — Affection maligne du larynx (*Nottinhgam med. chir. Soc. British med. Journ.*, 3 mars 1888).

X. — La maladie du Kronprinz (*Originale. Correspondenz der « Allg. Wien. mediz. Ztg.»* in *Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 6, 7 fév. 1888).

X. — Les progrès de la laryngologie constituent un progrès de la médecine (*Revista de lar., etc., etc.*, t. III, n° 7, 1888).

X... — L'extirpation du larynx atteint de cancer (*Riforma med.*, an III, n° 279, Naples, 1887).

Oreilles.

Abbe. — Méningite aiguë consécutive à une otite moyenne suppurée (*N-York surg. Soc.*, 25 janvier 1888).

Ballet (Gilbert). — Hallucinations auditives à la suite de troubles de l'ouïe (*Soc. medico-psychol.*, 26 nov. 1887 — *Ann. médico-psych.*, n° 1, janvier 1888).

Barclay. — Syphilide tuberculeuse de l'oreille (*Journ. of cutan. a. genita. urin. Dis.*, mars 1888).

Barth. — Rapports sur les progrès de l'otologie durant le premier semestre de 1887. — Anatomie, histologie, physiologie (*Arch. of Otol.*, déc. 1887).

Bean (Dudley F.). — Observations peu communes de maladies de l'oreille (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janv. 1888).

Beevor. — Tic spasmodique des oreilles (*Med. Soc. of London*, *The Lancet*, 3 mars 1888, p. 423).

Bezold. — Nécrose du labyrinthe, paralysie aciale (*Arch. of Otol.*, n° 4, déc. 1887).

Bezold. — Réponse au traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre, du Dr Stacke (*Deuts. med. Woch.*, n° 7, 16 fév. 1888).

Bezold (F.). — Résultats statistiques sur la valeur diagnostique du procédé de Rinne et explication qui en découle pour la fonction physiologique de l'appareil conducteur du son (*Wiesbaden bei*, J.-F. Bergmann, 1887).

Blake (Cl.). — Deux cas montrant les effets de la compression exercée par les polypes de l'oreille moyenne, traduit par Leudet (*Ann. des mal. de l'or.*, n° 1, 1888).

Bryan. — Abcès cérebelleux consécutif aux maladies de l'oreille (Discussion à la *Med. Soc. of Colombia* in *Jour. of Am. med. Assoc.*, 10 fév. 1888).

Bufalini. — Quelques cas de trépanation de l'apophyse mastoïde (Milan, 1887).

Burnett (W). — Fréquence relative des maladies de l'oreille dans les races blanche et nègre des Etats-Unis (*Arch. of Otol.*, nº 4, déc. 1887).

Burnett. — Morceau d'os expulsé par l'oreille externe (*Med. Soc. of Colombia* in *Journ. of Amer. med. Assoc.*, 11 fév. 1888).

Chatellier. — A propos de l'otite moyenne aiguë par pneumo-coques (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, nº 1, 1888).

Combemalle. — Étiologie et pathogénie de l'othématome des aliénés (*Soc. de méd. et de chir. prat. de Montp.*, 6 déc. 1887; *Montp. méd.*, 1er fév. 1888, t. X, nº 3).

Conadi. — Deux cas d'anémie grave avec surdité bilatérale (Vérone, 1887).

Conadi. — Le cathétérisme avec instruments à angle, contribution à l'otologie (*Tip. delle Emporio*, Venise, 1887).

Couetoux. — De la surdité précoce et tardive chez l'adulte au point de vue médico-pédagogique (*Ann. des mal. de l'or., etc.*, nº 1, 1888).

Dareix. — L'audition colorée (*Gaz. méd. de l'Algérie*, nos 3 et 4, fév. 1888).

Dayton (W.-A.) — Du devoir de surveiller les complications auriculaires dans les maladies aiguës infectieuses (*Journ. N.-Y., post-graduate med. School a. Hosp.*, janv. 1888).

Dayton (W.). — La négligence de traiter le pharynx nasal, considéré comme cause d'insuccès dans le traitement des otites moyennes suppurées chroniques (*Arch. of Otology.*, nº 4, déc. 1887).

Demmer (F.). — Des corps étrangers de l'oreille (*Würzburg*, 1887, A. Memminger, 25, p. 89).

Elliot (Sq.). — Insufflation de la trompe d'Eustache (*Brit. med. J.*, 11 février 1888).

Ferrier (D.). — Un cas d'abcès cérébral consécutif à une otite moyenne, diagnostic, évacuation heureuse (*Brit. med. J.*, 10 mars 1888).

Gradenigo. — Contribution à l'étude des otites internes bilatérales (*Rivista delle Scien. med.*, Padoue, 1887).

Habermann. — Contribution nouvelle à l'anatomie pathologique de la tuberculose du conduit auditif (*Verein Deutscher Aerzte* in *Prag. Setzung vom*, 3 mars 1888, *Allgem Wien. med. Ztg.*, 13 mars 1888).

Hartmann et **Schulte**. — Rapport sur les progrès de l'otologie durant la première moitié de 1887 (*Arch. of Otol.*, déc. 1887).

Imada. — Position de l'oreille interne (*Mitth. a. d. med. lac. d. K. jap. Univ. Tokio.*, 1887, p. 131-145, 2 pl.).

Kirchner (W.). — Manuel des maladies de l'oreille (2e édit. avec 41 fig. *Verlag von Friedrich Wreden*, Berlin, 1888).

Kœrner (Otto). — Sur la possibilité de déterminer quelques rapports topographiques importants du temporal d'après la forme du crâne (*Arch. of Otol. N.-Y.*, nº 4, déc. 1887).

Kretschmann. — L'antisepsie dans le traitement des maladies de l'oreille (*Arch. f. Ohrenheik*, XXVI, Bd. 2 H, fév. 1888).

Mabille. — Note sur l'évolution anatomo-pathologique de l'hématome de l'oreille (*Soc. méd. psych.*, 26 déc. 1887; *Ann. médic. psych.*, nº 2, mars 1888).

Madrazo (E.-D. de). — Inflammation chronique de l'oreille moyenne (*Gaceta medica catalana*, t. XI, nº 3, 15 fév. 1888).

Magnan. — Vertige, raideur et torsion du cou, mouvement de manège à la suite d'un eczéma auditif chez un lapin (*Soc. de Biologie*, Paris, 9 mars 1888).

Masini (G.). — Note anatomo-pathologique à propos d'un polype de l'oreille (*Bollet. delle malat. dell'orecch., etc.*, nº 2, mars 1888).

Minor (J.). — Trois cas intéressants de maladies de l'oreille (*Memphis med. Monthly*, fév. 1888, nº 2).

Mollière. — Vice de conformation de l'oreille (*Soc. des sc. méd.*, Lyon, 15 fév. 1888, in *Prov. méd.*).

Murdoch (R.). — Instruments pour l'oreille (*N.Y. med. Journ.*, 18 février 1888).

Ponfick. — Des affections malignes de l'oreille interne et du cholesteatome en particulier (*Verhandl. der medic Section der schlesischen Gesells. f. vaterl. Cultur. Breslau Aertzl, Zts.*, nº 5, 10 mars 1888).

Pomeroy. — Quelques remarques sur le diagnostic différentiel des maladies de l'oreille fait avec le diapason (*Med. Soc. of State of N.-York Albany*, 7, 8 et 9 fév. 1888).

Pomeroy. — Quelques points sur le traitement de la trompe d'Eustache dans quelques affections de l'oreille (*The med. Rec. N.-Y.*, 18 fév. 1888).

Rolland. — Corps étrangers du conduit auditif externe (Clinique à l'Hôtel-Dieu de Montréal, *Gaz. méd. de Montréal*, fév. 1888).

Rüdinger. — Anatomie et développement de l'oreille interne (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 1, 2, janv.-fév. 1888).

Rüdinger. — Les canaux d'écoulement de l'endolymphe de l'oreille interne (*Gesells. f. Morphol. u. Phys. et u. München*, 6 déc. 1887, *Münch, med. Woch.*, nº 8, 21 fév. 1888).

Sagretti. — Cas de surdité guérie par les bains électriques (*Faro-medico*, an 1, nº 2, Milan, 1888).

Schmiegelow (E.). — Quelques cas rares d'affections de l'oreille moyenne compliquées de lésions intracrâniennes (*Separatabdruck aus dem Archiv. f. Ohrenheik.*, XXVI, Bd, 2 H, 1888).

Sexton. — Accroissement dispendieux pour perte de l'ouïe (*N.-Y. med Rec.* 28 janv. 1888).

Sexton (Samuel). — Paralysies faciales (*The pract.'s Soc. of N.-York*, 3 fév., in *The med. Rec.*, 25 fév. 1888).

Sherard (I.-G.). — Syncope alarmante consécutive à une injection d'eau dans l'oreille (*Journ. N.-Y. Post-Grad. med. School. a. Herp.*, janvier 1888).

Smith (Th.). — Abcès du cervelet causé par une maladie de l'oreille (*The Journ. of Amer. med. Assoc.*, 18 fév. 1888).

Stacke. — Dix cas d'extirpation opératoire du marteau [Contribution à la statistique de l'excision du marteau] (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXVI, Bd, 2 H, fév, 1888).

Szenes. — Rapport sur le service des maladies d'oreilles du professeur Julius Bœke à Rochusspital, pendant l'année 1887 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26, Bd, 2 H, fév. 1888).

Thorner (M.). — Érysipèle de l'oreille (*Cincinnati Lancet clin.*, 4 février 1888).

Valentin. — Un cas de muguet de l'oreille moyenne (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, XXVI, Bd, 2 H, fév. 1888).

Zaufal (E.). — Nouvelle étude sur la présence des micro-organismes dans les sécrétions de l'otite moyenne aiguë (*Prager medic. Woch.*, 22 fév. 1888, nº 8).

Croup et Diphtérie.

Armstrong (G.-E.). — Quelques réflexions suggérées par la présente épidémie de diphtérie à Montréal (Communic. *à la M.-chir. Soc. of Montréal, Canada med. surg. J.*, fév. 1888).

Bristowe. — Adresse sur la diphtérie et les paralysies consécutives (*Brit. med. J.*, 4 fév. 1888).

Braddon. — De l'huile de Peppermint comme antiseptique dans la diphtérie (*The Lancet*, 17 mars 1888).

Caillé. — Prophylaxie de la diphtérie (*N.-Y. Acad. of. méd.*, 19 janv., et *med. Rec. N.-Y.*, 18 fév. 1888).

Carlsen (Copenhague). — Du croup et de la diphtérie (*Bibliothek for Leager,* XVIII. 1 fasc.).

Cheatram.—Identité du croup membraneux et de la diphtérie du larynx (*The Amér. pract. a. News.*, 4 fév. 1888).

Cospédal (T.). — Diphtérie (*Soc. Ginecolog. Española sess.*, du 1er juin 1887).

Delthil. — Relation de la diphtérie de l'animal avec celle de l'homme (*Soc. de méd. prat.*, Paris, 8 fév. 1888):

Dwyer (J.). — Analyse de 50 cas de croup traités par le tubage (*N.-Y. med. J.*, 14 janv. 1888).

Gaucher. — Traitement de la diphtérie (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 28 janv. 1888).

Hoffmann. — Recherches sur le bacille de la diphtérie et de sa valeur pathogénique (*Wien. med. Woch.,* nos 3 et 4, 1888).

Holt. — Névroses multiples consécutives à la diphtérie (*The N.-Y. med. j.* 14 janv. 1888).

Hogeboom. — Traitement du croup membraneux par le bicarbonate de soude (*The med. Rec. N.-Y.*, 3 mars 1888).

Kaczorowski. — Un simple mot à propos du traitement de la diphtérie *Deuts. med. Woch.*, n° 5, 2 fév. 1888).

Latimer. — Un cas de croup membraneux (*Med. Times.*, 1er mars 18 88).

Legroux. — Diphtérie et créosote (*Arch. de laryngol.*, Paris, 15 fév. 1888, n°3).

Lennander. — La trachéotomie dans le croup (*Stockholm,* 1888).

Lennander. — Rapport entre le croup et la diphtérie (*Stockholm*, 1887).

Ludwig. — Sur la diphtérie (corresp. *Bl. f. Schw. aertz.*, 15 fév. 1888)

Masucci. — Résumé des plus récentes études anatomiques, bactériologiques et thérapeutiques sur les paralysies post-diphtéritiques (*Rassegna crit. internaz. delle malat. delle naso., etc., an l. journ,* 1888, no 1).

Ouchterlony (J.). — De la non-identité du croup membraneux et la diphtérie (*The americ. pract. a. news.*, 4 fév. 1888).

Petit (L.-H.). — De l'origine avine de la diphtérie (*Revue* in *Union med.* 14 fév. 1888.

Pirnat (J.). — Traitement de la diphtérie (*The med. and. surg. report.* 28 janv. 1888).

Palardy (M.-J.). — Troisième étude sur le traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada,* janv. 1888).

Penzoldt. — Essais de transmission de la diphtérie aux animaux (*Deuts. Arch. f. Klin. med., etc.*, 1888).

Roper. — Mort subite dans la diphtérie (*Cambridge med. soc.* in *The Lancet,* 28 janv. 1888).

Robinson (Beverley). — Diphtérie, tubage (*The pract. Soc. of. N.-Y.,* 3 fév, in *med Rec. N.-Y.,* 25 fév. 1888).

Rœse — Le terpentinœl dans la diphtérie (*Deuts. med. Woch.,* no 5, p. 98, 2 fév. 1888).

Sota y Lastra. — Trois cas de croup traités par le tubage du larynx (*Revista med. de Sevilla,* 31 déc. 1887).

Schmeidler (V.). — Du traitement de la diphtérie (*Breslauer aerzt. Zts.,* no 4, 25 fév. 1888).

Siebert. — Du traitement de la diphtérie primitive du pharynx (*Médic. chir. Rundschau,* t. III, 1888).

Wachsmuth. — Diphtérie, scarlatine et rougeole (*Deuts med. Ztg.,* no 22, 15 mars 1888).

White (J.-E.). — Spray de cocaïne dans le croup spasmodique et le croup inflammatoire (*Can. Pract.,* janv. 1888).

Wernicke. — Croup vrai et faux (*Revista Argent de Cienc. med.,* no 8, *Bueynos-Aires,* 1888).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Albertin. — Cancer du corps thyroïde (*Prov. méd.,* 21 janvier 1888).

Alexander. — Cécité consécutive à la coqueluche (*Deuts. med. Woch.,* n° 11, 18 mars 1888).

Angerer (O.). — Rapport sur la policlinique chirurgicale de l'Université de Munich en 1887 (*Münch. med. Woch.,* n° 11, 13 mars 1888).

Auffret (C.). — Observation sur les restaurations de la face (*Archiv. de méd. navale,* n° 2, févr. 1888).

Ballet (G.).— Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goître exophthalmique (*Soc. méd. des hôp. de Paris,* 24 février 1888).

Barling. — Rétrécissement de l'œsophage (*The British med. Journ.,* 17 mars 1888, p. 593).

Bull. — De la toux stomacale (*Deuts. med. Woch.,* n° 8, 1888).

Chavasse. — Tumeur mixte de la parotide (*Pathol. soc. of London,* 21 février 1888, in *Brit. méd. Journ.,* 25 février 1888).

Cœsfeld. — Pathologie et thérapeutique de la coqueluche (*Deuts. med. Woch.,* n° 9, 1er mars 1888).

Craa (R.). — Un goître énorme (Corresp. de *The Lancet,* 18 février 1888).

Cramer (P.) — Contribution à l'étude de la strume maligne (*Archiv. f. Klin, chir.,* XXXVI, 2, p. 259. 1887).

Dezewiecki. — L'hydrocyanate de mercure et le salol dans le traitement de la coqueluche (Corresp. de *The Lancet,* 25 février 1888).

Fischer. — Œsophagotomie dans les cas de corps étrangers (*Deuts. Zts. f. Chirurgie,* 27 Bd., 3, u., 4 H, 10 février 1888).

Frænkel (B.). — Maladie de Basedow (*Berl. med. Gesells.*, 18 janv. 1888, *Deuts med. Woch.*, no 4, 26 janvier 1888).

Frænkel. — Épididymite et parotitide (*Aerzt, Verein*, in Hamburg, 21 février 1888, *Münch. med. Woch.*, n° 9, 28 févr. 1888).

Frænkel. — Remarques traumatiques du sympathique, etc., de Remak (*Berl. Kl. Woch.*, n° 8, 20 févr. 1888).

Hale-White. — Des variations du corps thyroïde humain (*Royal med. and· chirurg. soc.*, 13 mars 1888, in *British med. Journ.*, 17 mars 1888).

Hirsch. — Un cas de myxœdème (*Berl. Kl. Woch.*, n° 10, 5 mars 1888).

Holm (J.-C.). — Maladies du cou et du larynx (*Norsk Magazin f. Lægevidenskaben*, p. 275, avril 1887).

Howell (Mark). — Traitement du goître hystique (*The Lancet*, 11 février 1888).

Israël. — Extirpation d'un carcinome du cou avec résection du nerf sympathique (*Berl. med. Woch.*, n° 7, 13 février 1888).

Jackson. — Traitement de la coqueluche (*Plymouth and. Devamport med. Soc.*, *The Lancet*, 10 mars 1888).

Karewski. — Valeur pratique de l'anesthésie par l'erythrophlaein (*Deuts. med. Woch.*, n° 8, 23 févr. 1888).

Landouar. — Un cas de myxœdème (*Paris méd.*, 10 mars 1888).

La littérature laryngienne dans les six premiers mois de l'année 1887 (*Intern. centralb. f. laryng. rhin. etc.*, no 8, févr. 1888).

Laycock (R.). — De l'hémorragie comme symptôme du myxœdème (Corresp. de *The Lancet*, 4 février 1888).

Makeig (J.). — Un cas de myxœdème (*Brit. med. Journ.*, 4 février 1888).

Marconi. — Opération du goître (*Sperimentale*, no 11, nov. 1887).

Masucci. — Quatre cas d'œsophagisme avec considération sur cette névrose (*Gior. di clin. e terap.*, an XIX, no 1, Naples 1888).

Meltzer.— Un cas de dysphagie avec remarques (*Berl. Klin. Woch.*, nos 8-9, 20-27 fév. 1888).

Mœlius. — Hémiplégie et troubles visuels dans la coqueluche (*Centralb. f. Nervenh, Leipzig*, 1887, X, 651-654).

Morelli. — Quelques nouveaux instruments pour le traitement local du nez, de la gorge et du larynx (*Orvosi hetil.*, *Budapest.*, 1887, XXXI, 1399, 1434).

Ormsby. — Goître congénital (Correspond. de *The Lancet*, 25 février 1888).

Remak (Ernest). — Paralysie traumatique du sympathique de l'hypoglosse et de l'accessoire (*Berl. Klin. Woch.*, no 7, 13 février 1888).

Rona. — Le lichen ruber (*Konigl, Gesells. der Aerzte, zu Budapesth Internat. Klin Rundschau*, no 10, 1888).

Roth. — Altération de la circulation cérébrale dans un cas de carcinome du corps thyroïde (*Münch. med. Woch.*, no 10, 6 mars 1888).

Rudinger. — Influence du corps thyroïde sur la nutrition du cerveau (*Aerzt. Verein München*. 11 janvier 1888 *Münch med. Woch.*, nos 5-6, 31 janvier, 7 février 1888).

Schmiegelow (E.). — Deuxième rapport sur la clinique des oreilles, du nez et du cou du Kommune-Hospitals (*Separat abd. der Hosp-Tidende* 48, S, Kopenhagen, 1887).

Schrœtter. — De la pseudo-leucémie (*Allg. Wien. med. Ztg.*, no 5, 31 janvier 1888).

Segond. — Un goître kyst. (*Gaz. des hôp.*, 22 février 1888).

Terrillon. — Rétrécissement de l'œsophage, gastrototomie (*Acad. de méd. de Paris*, 6 mars 1888).

Thornton Pugine. — Traitement des goîtres kystiques (Correspond. de *The Lancet*, 18 févr. 1888).

Urunucla. — Cas variés de dyspnée intermittente, d'origine obscure (*Acad. med. quirurg. española semin*, du 19 janv. 1888).

Verneuil. — Épithélioma de l'œsophage (*Le Praticien*, 5 mars 1888).

Watt (A.). — Un cas de myxœdème (*The med. Rec.*, 28 janvier 1888).

Witehead. — Chirurgie du corps thyroïde (*The Lancet*, 10 mars 1888).

Webster. — Goître congénital (*The Lancet*, 17 mars 1888, p. 527).

Wolfenden (Norris). — Goître gazeux et trachéocèle (*Journ. of Laryng. a. rhin.*, no 3, mars 1888).

X... — Durée de l'incubation de la coqueluche (Correspond. du *Brit. med. J.*, 10 mars 1888).

NOUVELLES

Le Dr Salomon Solis-Cohen, de Philadelphie, membre de l'Association laryngologique américaine, a été nommé professeur de clinique médicale et de thérapeutique appliquée à la Polyclinique de Philadelphie ; et il a été en outre nommé professeur de thérapeutique spécial à Jefferson Médical-Collège.

M. le professeur Caccioppoli, le 19 février, dans l'Hôpital des Incurables, à Naples, a pratiqué une extirpation du larynx avec six anneaux de la trachée. Il s'agissait d'une femme, P. C. de Cortona, âgée de 62 ans, atteinte de sarcome. L'opérée se porte bien ; seulement un jour la température s'est élevée à 38°. C'est la troisième ablation du larynx pratiquée en Italie.

Cardone.

NOUVEAU JOURNAL

Nous avons reçu le premier numéro d'un journal italien ayant trait aux maladies du nez, de la gorge et de l'oreille. Cette feuille spéciale, trimestrielle, publiée à Naples par M. le Dr Masucci, a pour titre : *Rassegna critica internazionale delle malattic del naso, gola e orrechio*. C'est la quatrième publication spéciale italienne (trois d'entre elles publiées à Naples), à laquelle nous souhaitons la bienvenue.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

REMARQUES SUR CERTAINES OBSTRUCTIONS NASALES

par le Dr E. MIOT

Historique.

On a peu écrit sur les épaississements de la cloison dont nous allons nous occuper. Quelques auteurs, comme Trélat (1868), Tillaux (1874), Verneuil (1875), ont publié quelques observations intéressantes. D'autres, tels que Casabianca principalement, puis Terrier, E. J. Moure, en ont parlé dans leurs ouvrages sans s'étendre longuement sur ce sujet.

Nous avons vu dix cas de ce genre qui nous permettent aujourd'hui de joindre aux faits acquis le résultat de nos recherches.

Symptômes subjectifs. — Au début il n'y a aucun symptôme susceptible d'attirer l'attention du malade. A mesure qu'une fosse nasale ou les deux diminuent de largeur, la respiration nasale devient moins facile, et le malade prend l'habitude de respirer par la bouche, d'autant plus que la fosse nasale saine ou la moins rétrécie est souvent diminuée de largeur par suite de la convexité de la face correspondante de la cloison et de l'hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur.

La respiration à peu près exclusive par la bouche offre des inconvénients sérieux indiqués depuis longtemps par les auteurs, et sur lesquels il est inutile d'insister longuement. L'air froid, arrivant en effet constamment à l'isthme du gosier, produit une inflammation de cette région du pharynx pouvant très bien s'étendre aux trompes d'Eustache et à la caisse.

La cloison et la paroi externe au contact l'une de l'autre ne tardent pas à devenir le siège d'une inflammation avec sécrétion muco-purulente. Aussi l'action de se moucher et de renifler est-elle plus fréquente.

La voix devient plus sourde et prend un timbre

nasonné d'autant plus prononcé que les deux fosses nasales sont affectées davantage.

Il n'y a pas de douleurs, si ce n'est quand la tumeur forme une saillie assez forte au méat nasal antérieur pour être irritée par le frottement répété du mouchoir (Heylen). Ces douleurs sont lancinantes, peu vives, ou sont remplacées par de la chaleur et de la cuisson.

Pendant la nuit, la respiration est ronflante chez beaucoup de malades.

Symptômes objectifs.— Les épaississements de la cloison, à de rares exceptions, siègent principalement au niveau de la lame triangulaire de la cloison et deviennent, dans certains cas, assez considérables dans leurs parties inférieures pour former de véritables tumeurs (A, B, *fig.* 1; C, D, *fig.* 2,), s'étendant jusqu'au méat nasal antérieur.

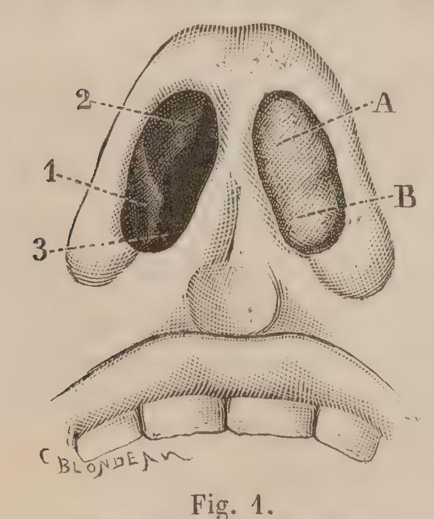


Fig. 1.
Méats antérieurs du nez.
1, 2, paroi externe ou aile du nez; — 3, cavité nasale; — A. B, tumeur de la cloison.

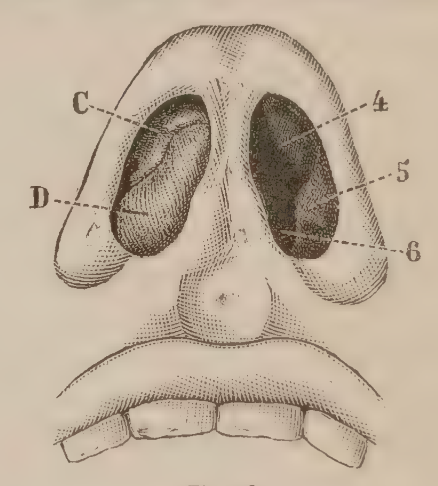


Fig. 2.
Méats antérieurs du nez
4, 5, paroi externe ou aile du nez. — 6, cavité nasale. — C. D, tumeur de la cloison.

Celles-ci ontune surface lisse, mamelonnée se confondant avec la cloison. La muqueuse de la fosse nasale, du côté rétréci et des parties de la tumeur les moins exposées à l'air, est rouge, injectée, humide. Celle des parties inférieures, situées près du méat nasal antérieur ou faisant même une légère saillie dans le méat, est sèche, comme gercée, d'un rouge décoloré.

Ces tumeurs oblitèrent complètement la fosse nasale en touchant la paroi externe P E et le plancher P I, (*fig.* 3) ou laissent un petit intervalle au niveau de ces parois. Mais cet intervalle, étant très petit en général, est obstrué facilement par des mucosités. Elles ont des dimensions variables; celles que nous avons opérées avaient environ 30 à 40 millimètres de bas en haut et 30 à 35 millimètres d'avant en arrière. Elles sont sensibles au toucher et donnent au doigt ou au stylet explorateur une résistance ferme, demi-élastique, dans toute leur étendue. En y enfonçant un stylet à pointe acérée, on a la sensation d'un tissu cartilagineux.

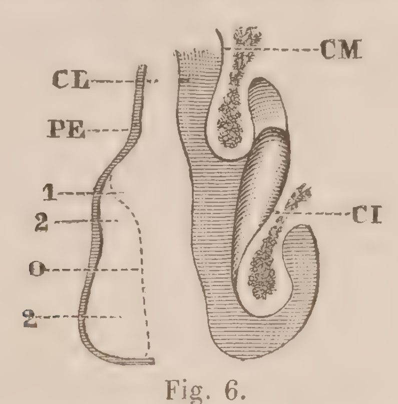


Fig. 6.
Coupe transverso-verticale des fosses nasales.
C M. cornet moyen; C I, cornet inférieur; P E, paroi externe; C L, cloison; 1, 3, tumeur de la cloison; O, face droite de la cloison après guérison.

La fosse nasale est visible seulement dans les parties situées en avant de la tumeur. Et c'est quand celle-ci a diminué de volume ou a disparu, qu'on peut s'assurer que la cloison a des courbures variées.

La portion située au-dessus de la tumeur, dans toutes ses parties visibles, est convexe ou à peu près plane. Celle qui est en arrière de la tumeur est déprimée du côté opposé ou plane, de telle sorte que la cloison, vue dans son ensemble, d'avant en arrière, avant tout traitement, a la forme d'une S italique.

Les parties de la face opposée de la cloison correspondant à la tumeur sont très légèrement convexes.

Dans d'autres cas, la tumeur ne forme pas une masse

mamelonnée dans ses parties inférieures et a la forme d'une saillie très forte, (*1, 3, fig. 4*), touchant la paroi externe. Elle n'intéresse pas toute la cloison, puisqu'elle comprend généralement les parties correspondant au cartilage triangulaire.

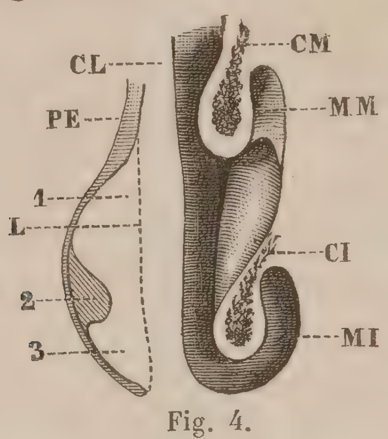


Fig. 4.

Coupe transverso-verticale des fosses nasales.

C M, cornet moyen; M M, méat moyen; C I, cornet inférieur; M I, méat inférieur; P E, paroi externe; 1, 3, tumeur; 2, solution de continuité; L, face de la cloison après la guérison.

Par conséquent, elle n'existe pas dans les parties postérieures de la cloison et s'arrête brusquement, comme celle des fig. 1 et 2, au niveau des limites postérieures du cartilage, ainsi qu'on peut s'en assurer en éloignant de la cloison la paroi externe à l'aide d'un stylet ou quand la fosse nasale est devenue libre.

La sensation qu'elle donne au stylet est la même que la précédente. La muqueuse qui la tapisse est humide, d'une coloration rouge assez vive, et secrète du mucus ou du muco-pus.

La face opposée de la cloison est plutôt convexe que légèrement concave ou plane.

En arrière, au contraire, elle est droite ou un peu déjetée du côté de la fosse nasale rétrécie.

Chez certains malades, comme celui de l'observ. III, le nez est tout de travers.

Étiologie. — Ces épaississements de la cloison sont dus à la syphilis (Trélat), à la scrofule (Verneuil) et sont

produits par un processus hyperplasique ayant lieu dans le périchondre. Il se fait alors dans l'épaisseur de cette membrane une infiltration plastique comme celle que l'on observe dans la périostite syphilitique, de sorte que ces épaississements sont dus à une périchondrite chronique. Cette manière de voir a été confirmée par M. Duret qui a fait l'étude histologique d'une tumeur enlevée par son chef, M. Tillaux, à un homme âgé de quarante-trois ans, dans son service de l'hôpital Lariboisière, le 29 septembre 1874. Nous adoptons les idées de Duret d'après la structure des tumeurs que nous avons opérées.

Nous croyons, d'après notre observation, que l'état général peut certainement prédisposer le sujet à une affection pareille. Plusieurs de nos malades avaient, en effet, les tissus pâles, flasques, etc., c'est-à-dire tous les attributs du lymphatisme. Un avait eu la syphilis. Mais, indépendamment de cet état général, le traumatisme nous paraît avoir eu une grande influence chez ces gens prédisposés.

Personne n'ignore la fréquence des chutes ou des coups sur le nez pendant le jeune âge ; or quelques-uns de nos malades ont affirmé être tombés sur le nez ou y avoir reçu un coup. Trois se rappellent même avoir eu, immédiatement après, un saignement de nez. Il n'est donc pas étonnant de voir la cloison, soumise à un froissement énergique ou à plusieurs, subir des changements de nutrition.

Quand l'hyperplasie est considérable, la tumeur forme des saillies très fortes dans ses parties inférieures (Obs. 4 et 5), probablement parce que la région où elle se développe est large, extensible, libre, puisqu'elle est limitée en dehors par l'aile du nez et en bas par une ouverture, le méat nasal antérieur. Plus haut la paroi externe est constituée en partie par l'apophyse montante du maxillaire supérieur et s'oppose au développement de la cloison en dehors, dès que celle-ci arrive en contact avec elle. Il en résulte que si l'épaississement des tissus aug-

mente alors que la cloison touche la paroi externe, celle-là bombe à ce niveau du côté de la fosse nasale libre et produit ainsi une certaine convexité. C'est en effet ce qui a lieu.

Diagnostic. — Pour voir ces parties épaissies de la cloison, il suffit à la rigueur d'éclairer l'intérieur des fosses nasales en plaçant le malade en face d'une source lumineuse, de lui faire renverser la tête un peu en arrière et de soulever le bout du nez avec le doigt. Mais il est bien préférable de pratiquer la rhinoscopie antérieure d'une manière moins sommaire en se servant d'un spéculum nasi. On voit alors très distinctement ces néoplasmes former des saillies plus ou moins fortes répondant à la description que nous avons donné précédemment.

Les épaississements se distinguent des enchondrômes en ce qu'ils font partie de la cloison et qu'ils n'en sont pour ainsi dire que le boursoufflement tandis que ces derniers constituent des tumeurs distinctes de la cloison et juxtaposées à celle-ci.

On pourrait à la rigueur confondre les épaississements avec des exostoses, mais ils en diffèrent en ce qu'ils siègent au niveau du cartilage triangulaire, sont cartilagineux, donnent une sensation demi-élastique, sont un peu mobiles avec la cloison sous la pression assez énergique du doigt, quand ils sont assez rapprochés du méat nasal antérieur comme chez les malades des observ. 4 et 5, pour pouvoir être explorés de cette façon.

Sous certaines influences dues à des troubles vasomoteurs déterminés par un organe comme l'utérus, on peut voir des épaississements de la cloison devenir plus considérables et prendre une couleur plus foncée par suite de la congestion de la muqueuse, tout le nez lui-même augmenter de volume, devenir rouge, tendu, luisant et donner au doigt une fausse sensation de fluctuation pouvant faire supposer l'existence d'un abcès, d'une tumeur maligne et embarrasser beaucoup le chirurgien. Ainsi dans l'observation suivante le cas était

complexe et difficile, puisqu'il y a eu abcès dans une cloison épaissie.

Au mois d'avril 1875, une femme, âgée de vingt-deux ans, entre dans le service de M. Verneuil, à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Augustin, pour une affection remontant à une année environ et ayant augmenté beaucoup depuis quelques mois. Le nez est rouge, luisant, presque doublé de volume et donne au doigt une fausse sensation de fluctuation qui pourrait être confondue avec celle d'un abcès.

A l'entrée des narines, il existe une masse rougeâtre, fongueuse, papilliforme, obstruant complètement les deux narines et ressemblant à s'y méprendre à un épithélioma papillaire. Sa base est mal limitée et se confond avec la cloison. Il y a eu quelques épistaxis. Il n'y a aucun engorgement ganglionnaire.

M. Verneuil croyait à l'existence d'un épithélioma de la cloison à marche rapide sous l'influence de la grossesse.

La malade revint trois semaines après son accouchement voir M. Verneuil qui constata une diminution de la tumeur, du gonflement et de la couleur du nez. En même temps que se produisait ce changement, une adénopathie indolente se formait sur les côtés du cou. Evidemment on n'avait plus affaire à un épithélioma mais à une manifestation de la scrofule ou de la syphilis. Bien que tout pût faire supposer plutôt l'existence de la scrofule, M. Verneuil prescrivit un traitement anti-syphilitique (sirop de Gibert, le matin ; iodure de potassium, le soir). Peu de temps après il se forma sur la joue gauche une scrofulide qui fit remplacer ce traitement par un traitement anti-scrofuleux

Après avoir quitté le service de M. Verneuil pendant quelques mois, cette femme y rentra le 14 mars 1876. L'état local de cette malade était très amélioré, mais il existait, à 1 centimètre et demi en arrière du bord inférieur de la sous-cloison une petite ouverture à la cloison. A la joue gauche, il y avait une kéloïde. La chaîne ganglionnaire avait disparu. Le traitement anti-scrofuleux fut repris. Deux semaines après,

la malade assure que l'air passe beaucoup mieux par le nez et demande sa sortie qu'elle obtient (1).

Ces épaississements de la cloison pourraient être pris pour une cloison déviée, si l'on n'avait pas le soin d'examiner l'autre fosse nasale et de constater qu'il n'y a pas à l'autre face de la cloison une dépression en rapport avec la convexité.

Il nous paraît bien difficile de confondre un épaississement de la cloison avec un fibrôme, un sar côme ou un épithélioma. On a pu commettre une pareille erreur à une époque où les moyens d'exploration étaient rudimentaires et les connaissances en rhinoscopie très sommaires. Il serait beaucoup plus difficile de se tromper aujourd'hui. Si l'on hésitait à se prononcer sur la lésion, les antécédents, l'état général du malade et les conditions spéciales dans lesquelles il peut se trouver momentanément, l'aspect de la tumeur, son siège, enfin l'examen fistologique lèveraient tousles doutes. C'est en ne suivant pas cette manière de procéder que l'on a vu un chirurgien inciser de haut en bas la lèvre supérieure, enlever une incisive et arrêter là son opération en s'apercevant qu'il s'était trompé. Un accident de ce genre est arrivé à un de nos malades (obs. III) affecté d'une obstruction de la fosse nasale droite.

Pronostic. — Les épaississements, ne rétrécissant pas d'une manière sensible le diamètre transversal des fosses nasales, n'ont pas de gravité puisqu'ils n'apportent aucun trouble dans les fonctions respiratoires ou sensitives. Dans les cas contraires, ils oblitèrent plus ou moins les fosses nasales et présentent les inconvénients que nous avons signalés. Mais, comme ils ne subissent jamais pour nous aucune dégénérescence maligne et sont très curables, leur pronostic est essentiellement favorable.

Traitement. — Il est médical ou chirurgical.

(1) Observation citée dans *Casabianca,* mais un peu résumée.

Traitement médical. — Si la syphilis paraissait devoir être mise en cause, on prescrirait comme Trélat, un traitement à l'iodure de potassium à haute dose, ou même un traitement mixte, pendant plusieurs semaines, avant toute intervention chirurgicale.

S'il s'agissait, au contraire, d'une manifestation scrofuleuse, on pourrait instituer, à l'exemple de Verneuil, la médication employée en pareil cas, mais suivie pendant un temps assez long, puisque l'amélioration de ces états constitutionnels est obtenue lentement. Nous préférons agir autrement, puisque nous avons trouvé le moyen de faire disparaître facilement ces néoplasmes sans donner le moindre traitement médical.

Traitement chirurgical. — On peut agir sur la cloison au moyen d'instruments tranchants, de divers caustiques et de la galvano-caustique chimique. Nous allons passer en revue ces divers moyens et comparer leur efficacité relative.

Instruments tranchants. — On les a employés pour pratiquer la résection partielle ou totale dans des cas d'enchondrômes ou de déviation prononcée de la cloison. On peut y avoir recours pour détruire les enchondrômes.

Procédé Blandin. — Il consiste à enlever toute la partie déviée de la cloison au moyen d'un emporte-pièce composé de lames introduites dans chacune des narines.

Procédés Bryant, Ericshen, Heylen, Chassaignac. — Les trois premiers chirurgiens ont incisé la muqueuse à la base de la tumeur et, après l'avoir suffisamment disséquée, ont enlevé cette tumeur avec des ciseaux ou un fort scalpel.

Chassaignac a pratiqué sur la cloison, près de la sous-cloison, dans le sens antéro-postérieur, une incision assez longue pour pouvoir mettre à nu toute la partie saillante de la cloison. Il a décollé ensuite la muqueuse avec une spatule et a mis à nu le cartilage qu'il a coupé par tranches successives, de manière à obtenir une souplesse et un amincissement suffisant pour rejeter vers

la ligne médiane la cloison cartilagineuse. Cela fait, il a remis en place le lambeau muqueux et a maintenu à demeure une éponge de forme conique dans la fosse nasale afin de maintenir les choses en l'état.

Procédé Demarquay. — Dans un cas de déviation accidentelle, ce chirurgien a fait sur la ligne médiane du nez une incision partant du dos de l'organe et allant jusqu'à la lèvre supérieure.

Dans le premier temps de l'opération, il a séparé les cartilages latéraux du nez et a atteint le cartilage médian. Ce premier temps exécuté, il a disséqué la muqueuse du revêtement du cartilage remplissant la narine. Quand toute la partie convexe a été mise à nu, il l'a coupée d'arrière en avant. Puis il a réuni par des points de suture le lobule du nez divisé et a obtenu une cicatrisation par première intention.

Procédé Richet. — Le professeur Richet a eu plusieurs fois recours au procédé suivant :

Il a détaché la sous-cloison de son insertion postérieure, puis l'a relevée. Après avoir pratiqué au ras du plancher une section horizontale au moyen de forts ciseaux droits, il en a fait une autre sur les limites de la tumeur et a détaché ainsi toute la portion affectée de la cloison. L'ablation terminée, la sous-cloison a été remise en place et suturée.

Cautérisation. — Elles ont été employées autrefois sans résultat, ainsi que l'a dit Boyer, et n'auraient aucune efficacité pour réduire les néoplasmes dont nous nous occupons.

Galvano-caustique chimique. — N'ayant rien trouvé dans les auteurs sur ce mode de traitement, en ce qui concerne les états pathologiques qui font le sujet de ce travail, nous avons eu recours à deux procédés que nous allons décrire. Mais il nous paraît utile, auparavant, de faire quelques remarques concernant l'opérateur et l'opéré.

L'opérateur doit avoir sous la main les divers objets suivants, indispensables à l'opération :

1° Un spéculum nasi;
2° Un éclairage;
3° Une pile avec collecteur et galvanomètre;
4° Des plaques à ressort isolant ou des aiguilles.

Speculum nasi. (S, *fig. 4.* — Cet instrument est en bois, ou en verre ou en caoutchouc durci. On remarque à l'extérieur de son pavillon un cercle métallique C, en communication avec la borne B, dans laquelle on introduit le fil de la pile, et muni de plaquettes P, faisant l'office de pinces destinées à maintenir à demeure les aiguilles lorsqu'elles ont été fichées dans les tissus. Cette dioposition, analogue à celle que Tripier a donné à son spéculum auriculaire, est très commode pour pratiquer la galvano-puncture.

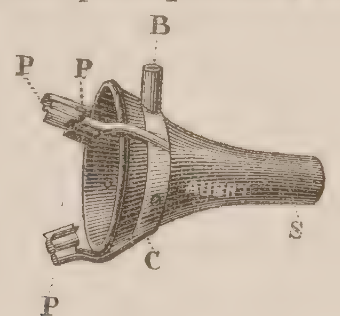


Fig. 8.
Spéculum nasi.
S, spéculum nasi; — A, cercle métallique communiquant avec les lamelles P faisant ressort; — B, borne pour le fil de la pile.

Eclairage. — On réfléchit dans les fosses nasales la lumière d'une lampe ordinaire à gros bec au moyen de la pince à miroir, ou du miroir frontal, etc., de manière à pouvoir suivre tous les temps de l'opération. *(A suivre.)*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. **NATIER**, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique. du Dr E. J. Moure. (Suite.) (1)

Avant de terminer cette étude, on peut se demander sous quelle influence se produit ce phénomène? Or, les opinions sur la pathogénie du mutisme hystérique varient presque avec les auteurs.

(1) Voir *Revue*, n° 4, avril 1887.

Revilliod, se basant sur les somptômes constatés par lui, admettait une prédisposition fâcheuse du nerf laryngé supérieur à être affecté dans l'hystérie, à ce point, disait-il, que : « Si dans un cas de mutisme, l'examen du » larynx révèle un défaut de tension des cordes vocales » avec intégrité de l'adduction et de l'abduction, c'est-à- » dire s'il existe une paralysie du nerf laryngé supérieur, » on peut, de ce seul fait, conclure à la nature hystérique » du mutisme. » Mais le même malade, qui lui avait inspiré ces réflexions, étant venu à la Salpêtrière quatre ans plus tard, Cartaz constata non seulement de la paralysie du crico-thyroïdien, mais aussi du thyro-aryténoïdien, et l'ingénieuse théorie de Revilliod était dès lors renversée.

Löwenfeld explique le mutisme par un trouble de la circulation cérébrale avec contraction des vaisseaux du centre de la parole.

Mais alors comment expliquer les cas où subitement, après de longues années, on voit la parole revenir? Bock estime que la paralysie des muscles du larynx ne saurait à elle seule arriver à faire perdre la voix chuchottée. Il s'agit, dit-il, d'une affection de cause centrale comme le prouvent du reste les symptômes concomitants du mutisme.

Toutes ces explications différentes nous conduisent en fin de compte à l'interprétation formulée par Charcot et que nous transcrirons textuellement (*loc. cit.*) :

« La possibilité de faire naître artificiellement le syn- » drome, *mutisme hystérique*, par voie de suggestion, nous » paraît désigner suffisamment le point de départ de tous » les phénomènes, comme aussi elle fait soupçonner du » même coup le mécanisme de leur développement; c'est » dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux, qu'il » faut chercher la lésion dynamique d'où dérivent les » symptômes dont il s'agit, et le mécanisme qu'il con- » vient d'invoquer ici n'est autre que celui qui, suivant » nous, rend compte de la production des paralysies dites » psychiques ou mentales. »

Même en se basant sur les examens laryngoscopiques faits dans ces cas, on peut affirmer qu'il ne s'agit point d'une lésion musculaire du larynx, qui tout au plus expliquerait l'aphonie, mais jamais le mutisme, c'est-à-dire *la perte du langage articulé.* Notre fait lui-même dans lequel l'incoordination motrice des muscles vocaux était absolument nette vient encore appuyer cette manière de voir.

Les moyens thérapeutiques employés contre le mutisme hystérique et avec des fortunes diverses ont été des plus variés : c'était une conséquence naturelle du genre de l'affection. C'est ainsi qu'on a vu l'administration de vomitifs, de quinine, de bromure de potassium, être suivie de succès ; à elle seule l'application du miroir laryngoscopique a pu, dans certains cas, déterminer le retour de la voix. On a également retiré certains bénéfices de la métallothérapie ; mais le traitement qui a eu les meilleurs résultats est sans contredit l'électrisation ; il faut cependant l'avouer, il est aussi des cas où la thérapeutique est restée absolument impuissante.

Un premier soin, croyons-nous, devra être de traiter l'état général : on administrera des toniques, on prescrira de l'exercice, l'hydrothérapie, etc.

Contre l'état local, on pourra essayer de la suggestion si on a à faire à un malade hynoptisable; dans le cas contraire, on cherchera, par une gymnastique vocale appropriée à faire revenir la parole. M. E. Fournié, au Congrès de Milan (1880), et M. Garel, dans la *Province Médicale* de 1887, ont donné d'excellents conseils sur la mise en pratique de ce mode de traitement. Il est dit dans ce dernier travail que dans les cas d'aphonie hystérique où la faradisation n'a pas donné de résultats, on peut arriver à obtenir la guérison, en conseillant au malade de faire des expirations forcées à la manière d'un soupir. On l'engage ensuite, si c'est possible, à rendre cette expiration sonore en bas. C'est là le point délicat à obtenir. Une fois cet obstacle franchi, la guérison est assurée.

L'expiration sonore s'obtiendrait vers la fin de l'inspiration en exerçant brusquement d'une main une pression sur l'épigastre, l'autre main faisant contre-appui sur le dos au point diamétralement opposé. On engage alors le malade à reprendre volontairement le son produit d'une façon involontaire. Le résultat est rapidement acquis. On fait ensuite prononcer une série de voyelles pendant une série d'expirations forcées. Graduellement, le malade recouvre ainsi sa voix.

La gymnastique vocale bien dirigée, croyons-nous, est un excellent moyen. C'est de cette façon que la malade du professeur Pitres recouvra la voix, de même aussi celle d'Amadéi et d'autres encore que nous citerons dans le courant de nos observations.

Très souvent l'électricité faradique, directe ou indirecte, amènera une guérison instantanée. C'est encore là le moyen le plus simple et le plus souvent mis en pratique ; il peut cependant échouer lui-même, ainsi du reste que tous les autres, et on peut voir un malade recouvrer subitement et spontanément la parole après être resté rebelle aux traitements les plus divers.

Obs. II. (*inédite*) communiquée par M. le professeur Pitres ; recueillie par M. Daurios, externe du service).

Ménard (Emilie), née à Jonzac (Charente-Inférieure), domestique, âgée de vingt et un ans, entrée à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, le 11 mai 1885, salle 7, lit 23.

Antécédents héréditaires. — *Père*. — Alcoolique, très vif, très emporté, mort à l'âge de quarante-deux ans d'une fluxion de poitrine.

Mère. — D'un caractère maussade et boudeur, morte de couches, lors de la naissance de la sœur de notre malade.

Frère. — Maladif depuis quelque temps, tousse beaucoup. Alcoolique, acariâtre, ne parle presque jamais, toujours concentré en lui-même.

Sœur. — Dix-neuf ans, très bien portante, caractère inconnu.

Un second mariage du père a donné trois enfants : deux sont doués d'un excellent caractère. Quant au troisième, il a vécu jusqu'à l'âge de quatre ans sans parler ni marcher ; il avait les jambes contournées, mais rien d'anormal dans la figure pouvant trahir l'impossibilité d'élocution.

Grand'père. — Mort d'une attaque.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Cette jeune fille a toujours joui d'une santé excellente, et on ne relève dans son passé aucune maladie sérieuse.

Dès sa première enfance, elle se montra très nerveuse, facilement crispée et s'agaçant à la moindre bagatelle que lui faisaient ses camarades ; elle boudait alors en manifestant une surexcitation nerveuse très accusée. Mais jamais de convulsions, aucune trace non plus de paralysie infantile. Elle n'a jamais été atteinte de fièvres typhoïde, muqueuse ou scarlatine.

Ni rhumatisme, ni battements de cœur.

A quatorze ans, rougeole, rapidement guérie, sans complications. Quelques mois plus tard, apparition normale des règles, sans grande douleur. Depuis, les menstrues ont toujours été régulières, mais elles sont faibles, pâles, peu abondantes, et durent à peine deux jours. Jamais elles n'ont subi d'interruption.

Toute sa jeunesse durant, Émilie a été sujette à des crises de hoquet qu'il était absolument impossible de réfréner, les crises survenant environ deux fois par mois, avaient frappé son entourage par leur intensité et leur violence. Depuis quatre ou cinq ans, elles sont beaucoup plus rares, mais existent quand même avec une durée de deux à trois heures. Il est toujours impossible de les arrêter. Depuis l'âge de neuf ans, elle a été domestique et toujours elle a eu ce hoquet.

Elle a, en outre, remarqué depuis l'âge de douze ans, jusqu'à dix-sept, que chaque année, vers le mois d'octobre, elle était prise d'épistaxis très abondantes et qui se répétaient quotidiennement pendant une quinzaine. En dehors de cette période, jamais elle n'en avait.

Ni vomissements de sang, ni crises gastriques d'aucune sorte ; pas de fluxion de poitrine.

En *1882*, elle vint à Bordeaux, où elle se trouve depuis trois ans. Ici, elle n'a fait, durant ce temps, aucune maladie, et n'a jamais eu d'attaques de nerfs.

Si nous ajoutons que la malade n'a jamais été à l'école, qu'elle connaît à peine ses lettres et qu'elle épelle tout au plus, encore avec beaucoup de difficulté le BA, BA, on comprendra qu'elle n'ait pu se monter l'imagination à lire des romans.

Elle était depuis trois mois placée comme domestique dans une maison et s'acquittait de ses devoirs avec assez de dévouement et d'intelligence. Néanmoins ses maîtres ont toujours remarqué chez elle une grande originalité de caractère et souvent des changements d'attitude subits qui ne paraissaient nullement motivés. Ainsi fréquemment il lui arrivait de faire des scènes de bouderie, de crispation nerveuse, pendant lesquelles elle laissait échapper des paroles vives, parfois même inconvenantes à l'égard de ses maîtres. A l'occasion de ces scènes, elle s'acquittait de son travail avec nonchalance et paresse et parfois faisait des fausses manœuvres. C'est ainsi qu'il lui est dans certains cas arrivé de laisser tomber des assiettes sans rime ni raison. — Ces accès de bouderie ou de crispation nerveuse étaient du reste de courte durée ; bientôt elle redevenait raisonnable, faisait des excuses et se remettait au travail avec goût, de telle sorte que malgré ses quelques imperfections, ses maîtres étaient encore satisfaits d'elle. Jamais elle n'a eu de convulsions avec ou sans perte de connaissance.

Maladie actuelle. — Le 27 et le 28 avril, Emilie fut triste et maussade d'une façon à peu près continue ; elle était contrariée, dit-elle, s'ennuyait, pensait à sa famille, etc., etc.; durant ces deux jours elle eut aussi une diminution sensible de l'appétit.

Le 29 avril, subitement elle vint trouver sa maîtresse, avec une figure bouleversée, et, parlant avec volubilité, elle lui dit qu'elle était très contrariée, car la bonne du 1er étage se moquait d'elle, or elle n'entendait point qu'il en fût ainsi. Il fut bientôt facile de se convaincre que ni dans ses paroles, ni

dans ses actes l'autre bonne n'avait rien fait qui pût froisser les sentiments d'Emilie. Celle-ci, du reste, a elle-même reconnu depuis qu'il en était ainsi et que c'était simplement une idée qu'elle s'était faite à elle-même. Croyant à un prétexte de départ, sa maîtresse la gourmanda ; mais la malade déclara que réellement on se moquait d'elle.

Elle se rendit alors dans un chai, s'assit sur un tas de bois, et resta là trois heures à tourner le coin de son tablier, comme si elle avait boudé. Plusieurs fois on fut l'appeler où lui demander quelque chose, mais elle ne répondit pas et ne fit aucun signe : elle restait les yeux baissés et impassible. Enfin, elle monta seule dans sa chambre, reçut la visite de la bonne d'en haut à qui elle dit : « Madame croit que je suis folle ou ivre et pourtant ce n'est pas vrai. » Elle resta là quelque temps tranquille sur son lit et, lorsque ses maîtres vinrent voir quelque temps après, ils la trouvèrent agitée de convulsions dans les quatres membres (les supérieurs notamment) ; elle n'écoutait pas quand on lui parlait. Après des soins empressés, prodigués à ce moment, Emilie se calma et par signes fit alors comprendre qu'elle ne pouvait pas parler. — Cette scène survint 10 jours après les règles, sans douleur ovarienne.

La nuit et le lendemain (30 avril) se passèrent sans qu'elle put articuler une parole. Un médecin consulté conseilla son transport à l'hôpital.

État actuel, le 2 mai 1885. — Émilie est une jeune fille de constitution vigoureuse, grande, brune, et dont la figure haute en couleur et bien remplie témoigne d'une santé florissante. L'examen le plus minutieux ne révèle du reste aucune trace héréditaire ou acquise. Couchée dans son lit, elle ne paraît nullement abattue ; elle a l'œil vif et ardent. Elle est restée debout toute la journée, participant aux travaux de la salle sans la moindre fatigue.

Vient-on à lui parler, elle regarde, fait des signes d'intelligence et, si on la questionne, on la voit alors s'efforcer de faire comprendre sa réponse par une mimique assez peu expressive du reste. Elle entend très bien des deux côtés et

comprend parfaitement le sens des paroles qu'on lui adresse et le manifeste clairement. Il ne lui manque absolument que l'articulation des sons. Elle n'accuse de douleur en aucun point.

Sensibilité générale. — Pas d'anesthésie. Légère hypoesthésie à gauche à certain moment très appréciable.

Les sens sont absolument normaux.

Ouïe. — Normale et égale des deux côtés; tic-tac d'une petite montre perçu à 0,40 centimètres.

Vue. — Égalité pupillaire, les pupilles réagissent normalement et également des deux côtés à la lumière et à l'accommodation. La vue est excellente des deux côtés.

Odorat (ammoniaque, éther, acide acétique) et *goût* (sel marin), sont normaux des deux côtés.

Les muqueuses oculaires, olfactives, auditives et buccales, sont normalement sensibles. Le chatouillement du conduit auditif externe et de la muqueuse nasale est mieux perçu à droite qu'à gauche. Pas de différences pour les deux côtés des lèvres ou des conjonctives.

Si maintenant on examine l'appareil vocal et ses accessoires, on ne constate tout d'abord à l'inspection rien d'anormal. En effet :

Les lèvres ont conservé leur sensibilité parfaite, et paraissent absolument intactes. Quand on prie la malade de les allonger comme pour faire la moue, elle exécute très bien le mouvement sans asymétrie et avec énergie. Les mouvements de transfert simultané des deux lèvres, soit à droite, soit à gauche, se font très bien et avec assez de rapidité. Lorsque la malade veut rire, ses lèvres exécutent un mouvement très régulier.

Langue. — Sensibilité intacte sur les deux faces et sur les deux côtés. La malade tire la langue avec assurance et sans déviation. Les mouvements de latéralité s'effectuent très bien, mais avec une certaine lenteur, car la malade dit éprouver dans la langue un peu d'embarras. Elle en élève très bien la pointe vers le nez et l'abaisse de même vers le menton.

Joues. — Sensibilité intacte des deux côtés, la malade

fermant la bouche les distend considérablement par l'air qu'elle y emmagasine.

Déglutition normale, sauf un peu de gêne pour avaler les solides et même le bouillon.

Aucune trace de plaie ou d'inflammation dans la cavité buccale.

En un mot, il existe chez cette malade un *mutisme absolu* sans aucun trouble apparent de l'appareil phonateur, si ce n'est un léger empâtement de la langue dans les mouvements de latéralité.

Spontanément, la malade n'articule qu'un seul son, c'est *a*. Lorsqu'on lui dit de prononcer tel ou tel mot facile, elle semble se recueillir, mais ne peut arriver à articuler le mot même grossièrement. Lui dit-on par exemple de prononcer le mot *bas*, il lui est impossible d'y arriver, ellep araît ne pas pouvoir se rendre compte des mouvements qu'il faut exécuter à cet effet et ses lèvres ne prennent pas la position convenable. Mais, si on lui détaille les mouvements à exécuter, elle les copie, arrive d'abord à prononcer grossièrement le mot et après quelques exercices le prononce bientôt assez bien.

Notons soigneusement qu'avant tout exercice elle ne prononce bien que la voyelle *a* et un peu la voyelle *o*. Quant à la voyelle *e*, elle n'articule absolument rien qui lui ressemble ; il en est de même pour *u;* pour *i*, il semble qu'elle fasse quelques mouvements, mais ils sont tellement imparfaits, qu'on ne reconnaît guère l'articulation de cette voyelle.

Spontanément, la malade ne peut articuler aucune consonne. Après quelques instants d'exercice, les consonnes *b*, *f*, *l*, *p*, *t*, sont les seules qu'elle arrive à prononcer. C'est ainsi qu'après qu'on lui a eu montré les mouvements détaillés, elle a pu dire avec grande hésitation, *bas*, *fa*, *la*, *pas, tas*. Après un quart d'heure de répétition de ces cinq mots, on lui montre (en décomposant les mouvements) l'articulation des autres consonnes et, après une demi-heure d'exercice environ, elle peut prononcer toutes les consonnes de l'alphabet suivies d'un *a*. C'est en vain qu'on essaie de lui faire prononcer les mêmes consonnes suivies d'une autre voyelle. Il est bon de

remarquer que pourtant elle jouit de toute la plénitude de son intelligence.

A noter encore que dans le courant de cette première journée, elle était levée et se trouvait à côté du lit d'une autre malade, lorsque voyant arriver M. Pitres avec deux élèves, elle fut saisie d'une émotion très vive et prononça distinctement ces paroles : *Tiens, voilà les médecins*. Puis elle courut à son lit, et l'émotion passée elle retomba dans son mutisme absolu.

3 mai 1885. — Le lendemain, après avoir répété la collection des mots en *a* qu'elle s'était du reste exercée à prononcer depuis la veille, elle arrive bientôt à prononcer les syllabes en *o* et une demi-heure après elle pouvait dire l'alphabet au complet. Ceci fait, on la poussa à prononcer quelques mots faciles tels que : *bonjour, Monsieur, Madame*, etc. Dès lors, elle commença à parler et à se faire comprendre quoique avec beaucoup de difficulté, la langue paraissant embarrassée dans ses mouvements.

Enfin le lendemain, 4 mai, Émilie parle très bien, sans aucune hésitation, et sans l'ombre d'une difficulté. La langue n'est plus embarrassée le moins du monde, et elle exécute, d'une façon très sensible, les mouvements de latéralité beaucoup plus vite qu'auparavant.

12 mai 1885. — Émilie est très bien. Aucune manifestation du mutisme n'a reparu et l'intégrité parfaite de la parole est venue. Elle répond très nettement aux questions qu'on lui pose et de la sorte il est possible, grâce aux renseignements qu'elle fournit, de compléter son observation.

Suivent les détails très complets de cette fort curieuse observation. Comme il n'intéressent plus notre étude, nous arrêtons ici l'analyse de ce cas.

Obs. III (*inédite*) communiquée par le Dr Cartaz. — Jeune fille de dix-huit ans, menstruation irrégulière chloro-anémique, très nerveuse, mais n'ayant jamais eu de véritables crises. Hémianesthésie du côté droit. Il y a trois jours, elle eut, à la vue d'un incendie très voisin de son appartement, une vive

frayeur. En se réveillant le lendemain, impossibité de parler, d'articuler un son. Le mutisme persiste depuis ce moment.

Anesthésie pharyngée Pas d'anesthésie du larynx. Aucune modification de coloration des muqueuses pharyngo-laryngée. Les cordes vocales ont leur blancheur habituelle et sont dans *l'abduction presque complète*. Je prie la malade d'essayer de donner un son ; elle fait le geste et le bruit d'une personne qui souffle bruyamment, sans produire aucun son. A ce moment, la corde gauche subit un mouvement d'*adduction* incomplet. La droite reste immobile dans l'*abduction*.

Electrisation du larynx par application des pôles à l'extérieur sur le cou. Aucun résultat.

Le lendemain, je fais une électrisation directe du larynx et la malade recouvre instantanément la voix.

Obs. IV (*inédite*) communiquée par le Dr Cartaz.

V. M..., vingt-sept ans, fleuriste, entrée à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Sainte-Blandine, n° 17, service du Dr Boucaud, le 21 août 1869.

Bonne santé habituelle; pas de maladies antérieures. N'a *jamais été réglée* et n'a jamais eu d'hémorragies supplémentaires.

Mariée depuis huit mois elle n'a jamais eu avant ou depuis son mariage de crises nerveuses. Première crise hystérique à la suite d'une frayeur trois semaines avant son entrée. Cette crise fut suivie d'une *aphasie complète* pendant deux jours.

A partir de ce moment, crises de grande hystérie à intervalles rapprochés (tous les jours au début).

A son entrée, contracture des paupières; anesthésie des membres. On la soumet à l'action des jets d'éther pulvérisé avec l'appareil de Richardson, sur la région dorso-lombaire.

L'examen de l'utérus et des organes génitaux n'a révélé aucune lésion, aucune malformation. Insuccès des pulvérisations d'éther. Douches froides et bromure.

Le 21 septembre, à la suite d'une crise la veille, aphasie qui n'a disparu que le matin. La malade comprend très bien tout ce qu'on lui demande et y répond par signes.

Le 24, l'aphasie durant toujours, on anesthésie la malade

au chloroforme. Au réveil, la contracture des paupières et l'aphasie ont disparu.

La malade quitte l'hôpital en novembre sans avoir eu de nouvelle attaque d'aphasie.

Obs. V (*inédite*), communiquée par M. le Dr Cartaz.

G... artiste, vingt-cinq ans, entré le 3 février 1886 dans le service du professeur Charcot, à la Salpêtrière, salle Bouvier, homme fort, vigoureux. Tempérament nerveux. Il y a deux ans, petites crises nerveuses, mais jamais d'aphonie ni de paralysie.

Mère nerveuse. Père bien portant, vivant actuellement.

Il y a huit jours, à la suite de contrariétés, pris de crises nerveuses qui l'obligent à garder le lit, mais sans paralysie.

Il y a quatre jours, au milieu de la nuit, il a le sentiment qu'il devient paralysé. Il réveille sa femme et, au bout d'un instant, sans phénomènes particuliers, il a perdu la parole. Après deux heures la parole revient franchement, nettement, tout d'un coup. Vingt-quatre heures plus tard nouveau mutisme.

Quand je le vois à l'hôpital, il y a paralysie avec anesthésie du membre supérieur droit et des deux membres inférieurs. Les mouvements de la langue sont parfaits; pas de troubles de la déglutition. Anesthésie incomplète du pharynx et de l'arrière-gorge. A l'examen laryngoscopique, épiglotte et muqueuse laryngée un peu rouges. Pas de paralysie, aucune lésion en dehors de cette hyperémie légère.

Le malade ne peut siffler, ni parler à voix basse; il peut cependant gonfler les joues et avancer les lèvres, comme dans l'action de siffler; cette nuit et ce matin, il a chanté pendant dix minutes environ. Il possède une voix de basse superbe et a chanté diverses mélodies russes et des fragments des *Huguenots*, rôle de Marcel, en français, articulant bien les mots. En dehors de ces deux phases de chant, il n'a pu prononcer un mot, même quand sa femme l'interrogeait. Ouïe et odorat conservés, mais la narine droite perçoit moins bien les odeurs.

La parole est revenue le lendemain.

J'ai revu ce malade cesjours-ci (avril 1888). Il n'a plus aucun accident nerveux, mais depuis deux à trois mois (il se destine à la carrière théâtrale) il ne peut chanter. La voix, fort belle d'habitude, a perdu de sa finesse, a des trous, surtout dans les notes élevées ou les transitions brusques du son. A l'examen : laryngite chronique, muqueuse des cordes tuméfiée, parsemée de stries rougeâtres, défaut d'accolement parfait des deux cordes dans la phononation, mais ce défaut n'existe pas pour toutes les notes ; je l'ai noté surtout au passage du *mi*, *fa*, *fa dièze*, de l'octave supérieure. Il n'y a donc pas là de paralysie ou rien qui confine à son état nerveux passé. Le malade est encore en traîtement.

Obs. VI (*inédite*). recueillie à la clinique libre du Dr E. J. Moure.

Prévost Félix, dix-sept ans, vigneron, né à Arcens (Gironde), vient à la clinique le vingt-cinq août 1887.

Antécédents héréditaires. — Son père a souvent des attaques d'apoplexie; sa sœur a des attaques subites pendant lesquelles elle tombe et perd absolument connaissance, sans convulsions.

Antécédents personnels.— Depuis l'âge de quinze ans, Félix a eu quatre fois des attaques convulsives. Nettement perçues par le malade, ces attaques s'annoncent par une sensation très douloureuse à la base du thorax, et qu'il compare à la constriction exercée par une corde. Il perd ensuite connaissance, n'entend plus ce qu'on lui dit et ne sent plus ce qu'on lui fait. Il est pris de convulsions très violentes qui nécessitent quatre hommes pour le maintenir. A la suite de ces attaques, il n'a jamais observé de morsure à la langue et il ne se rappelle pas non plus qu'on lui ait dit qu'il bavait. Il ne s'est jamais fait de mal en tombant.

La première attaque, survenue à 15 ans, a débuté brusquement, sans cause appréciable, ni colère, ni froid ; elle a duré une demi-heure, après quoi le malade est resté environ un quart d'heure sans reprendre connaissance. Ce temps

écoulé, il a repris ses occupations sans rien éprouver du côté de la voix.

La seconde attaque est survenue tout aussi brusquement, elle a duré une demi heure, et n'a occasionné aucun trouble du côté de la voix. La troisième attaque, survenue à seize ans, a été suivie d'un peu d'embarras de la parole. Ce léger degré d'aphonie a disparu après une hémoptysie ayant duré trois ou quatre jours. Enfin, c'est à l'occasion d'une quatrième attaque, ayant duré trois quarts d'heure et suivie de gêne de la parole, qu'il vint consulter M. Moure. Depuis cette dernière en effet, le malade n'a jamais recouvré sa voix normale; il lui arrivait parfois de ne pouvoir plus parler et de recouvrer ensuite sa voix. Depuis cette même attaque, il éprouvait toujours un sentiment de gêne à la base du thorax. Il se trouvait dans cet état, quand, il y a trois jours, sans cause appréciable (colère, froid, émotion subite), il fut tout à coup atteint de mutisme. Il n'avait ressenti cette fois aucun symptôme précurseur de l'attaque.

Le malade est dans l'impossibilité absolue de prononcer une parole. Invité à émettre les voyelles, il n'y réussit qu'au prix d'efforts assez considérables et à voix très basse. Au bout de quelques minutes, après lui avoir exercé une légère pression au-devant du cou et lui avoir dit qu'il peut parler, on obtient quelques voyelles assez nettement prononcées.

L'examen laryngoscopique démontre qu'il n'y a pas de paralysie des cordes vocales. On constate qu'elles s'écartent et se rapprochent normalement de la ligne médiane. Le rapprochement semble toutefois s'effectuer d'une façon brusque; au moment de l'émission du son et particulièrement de la voyelle *e*, il est facile de constater que les cordes vocales restent éloignées l'une de l'autre, donnant au triangle glottique ses plus grandes dimensions, de telle sorte que le courant d'air passe sans produire aucune vibration des rubans, ce qui qui explique l'aphonie. Le malade est alors obligé de parler avec l'air emmagasiné dans la bouche, à la façon des trachéotomisés, ce qu'il ne pouvait bien faire qu'après une accoutumance assez longue.

Les symptômes que nous venons de signaler étaient, selon toute évidence, occasionnés par une pure incoordination motrice des muscles du larynx.

Après quelques minutes d'électrisation de la nuque et au-devant du cou, le malade parvient à prononcer distinctement : « *Bonjour, monsieur* », et quelques minutes plus tard, il peut raconter son histoire d'une voix très claire.

L'examen des organes génitaux n'a rien révélé d'anormal, si ce n'est toutefois un peu d'insensibilité du testicule gauche.

Le malade, vers le 1er septembre, avait conservé sa voix intacte.

Obs. VII. — (Panthel, *Deuts. Klin. 1855, et Gazette médic. de Paris*, p. 107, n° 7, 14 févr. 1857). — Enfant de douze ans, assistant à l'enterrement de son père, tombe sans connaissance ; en revenant à lui au bout d'un quart d'heure, il possède toutes ses facultés, mais ne peut articuler un son. Pas de troubles de la motilité. Le malade interrogé répond par signes qu'il ne peut parler. Panthel remarque que pendant les efforts, les muscles du larynx innervés par l'hypoglosse éprouvent un mouvement de vibration vif et continu. Il lui vient à l'idée de les comprimer et aussitôt l'enfant articule des sons distincts. Au bout de trois jours la voix redevient naturelle, grâce à des compressions répétées.

Quinze jours plus tard nouveau mutisme, l'enfant ayant été surpris par l'envolée d'une compagnie de perdrix. L'état dura deux jours.

Une troisième récidive, due à une émotion, ne dura que quelques heures.

Obs. VIII. — (Sédillot, *Gaz. méd. de Paris*, p. 22, n° 2, 12 janv. 1856). — Femme, trente ans, devenue, douze ans auparavant, complètement muette et aphone à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Tous les traitements institués étaient restés sans résultats. La malade comprenait très bien et répondait par signes. Après deux séances d'électrisation par induction la malade recouvrait la parole.

L'auteur termine son observation en disant : « Nous insis-

terons sur la fréquence des paralysies produites par un accès de frayeur et sur l'instantanéité des guérisons parfois obtenues même après un laps de temps très considérable. On doit en conclure que la modification organique probablement survenue dans le tissu nerveux à l'origine des nerfs cérébraux, si ce n'est dans quelques parties de l'encéphale, est une modification peu profonde, peu résistante à l'influence de certains excitants appropriés; et qu'une vive émotion, en donnant une forte secousse à l'appareil cérébro-spinal, peut être jusqu'à un certain point comparée à l'action du galvanisme. On s'expliquerait ainsi l'existence de certains faits miraculeux qui ont de tout temps excité l'attention publique et mérité l'intérêt des observateurs. »

Obs. IX. — (Philipeaux, *Gazette médic. de Lyon*, 30 septembre 1856, et *Gazette hebd. de méd. et de chir.*, p. 925, nº 52, 26 décembre 1856).— Femme, vingt-et-un ans, tempérament nerveux. A la suite d'un mal de gorge qui dura une huitaine de jours, elle demeura complètement aphone. Tous les traitements demeurèrent infructueux. L'auteur vit cette malade un an après. La voix était complètement abolie; malgré les plus grands efforts la malade ne pouvait articuler aucun son, ni produire la moindre intonation ni le moindre cri. Huit séances d'électrisation par induction n'amenèrent aucune amélioration. Le séjour à la campagne fut alors conseillé. Huit mois après, la malade ayant eu deux fortes crises d'hystérie dans l'intervalle, le mutisme persistait toujours. Philipeaux essaya de nouveau deux fois, mais en vain, l'électrisation extra-laryngée. Il fit alors de l'électrisation endolaryngée et instantanément sa malade fut prise d'une crise qui se prolongea toute la soirée et une partie de la nuit. Au réveil, la matin, la voix avait reparu.

Obs. X. — (Baudelocque, *Gazette médic. de Paris*, p. 688 nº 44, 3 novembre 1860). — Homme, vingt-trois ans, devenu muet dans le cours d'une fièvre typhoïde. Il demeura dans cet état pendant quatre ans, après quoi l'auteur lui rendit peu à peu la parole par suite du traitement médical qu'il lui fit subir.

Obs. XI. — (Krishaber, *Gazette hebd. de médec. et de chirurg.*, nº 39, p. 614, 25 sept. 1868).

Au commencement de l'année 1869 se présente à la consultation de Trousseau une dame d'environ trente-cinq ans qui, sans proférer un mot, lui remit un carnet contenant écrite de sa main l'histoire de sa maladie. Aux questions qui lui furent adressées de vive voix et qu'elle entendit parfaitement, elle répondit en inscrivant les réponses sur son calepin. Ces réponses, lues par le mari de la malade présent, à mesure qu'elle les écrivit, établirent une sorte de conversation à la fois graphique et phonétique dont la promptitude était presque celle du langage ordinaire.

Elle raconta de cette façon qu'elle avait été bien portante jusqu'à il y avait deux ans et quelques mois, mais qu'à cette époque il se déclara sans cause connue une difficulté de prononcer les paroles. Sans qu'aucun trouble se fût manifesté dans sa santé générale, cette difficulté augmenta progressivement ; bientôt la malade se trouva dans l'impossibilité absolue de parler. Depuis deux ans révolus la malade n'avait pas proféré un seul mot. Chaque tentative faite depuis cette époque provoquait une douleur vive dans le larynx, et la phonation n'avait pas lieu.

Le mari confirma ces faits.

Après avoir constaté qu'il n'y avait aucune lésion fonctionnelle dans les mouvements généraux des membres et du tronc ni dans le mouvement de la langue et des lèvres, après avoir constaté également au moyen du mode particulier de conversation décrit, que les facultés mentales de la maladie et l'ouïe étaient normales, j'appliquai le laryngoscope.

Je constatai l'intégrité complète des cordes vocales et de toutes les autres parties du larynx. J'invitai alors la malade à faire un *mouvement d'effort* pendant que le miroir d'inspection resta appliqué et je vis que les cordes vocales inférieures et les replis thyro-aryténoïdiens supérieurs concouraient normalement à la reproduction du mouvement complexe qui constitue l'occlusion de la glotte pendant l'effort.

Je lui demandai ensuite de proférer ce son particulier et

peu harmonieux que l'on entend pendant l'effort et que je produisis moi-même afin de l'obtenir plus facilement par l'imitation.

La malade obéit encore à mon invitation et je vis au miroir se produire ce son particulier qui fut parfaitement entendu. Quand, en dernier lieu, j'invitai la malade, la conduisant ainsi d'étape en étape, à proférer un cri et que je l'obtins également, je fus convaincu que les cordes vocales pouvaient fonctionner régulièrement, les ayant vu fonctionner et vibrer normalement sous le miroir d'inspection pendant l'émission du son.

Je priai donc la malade de lire quelques passages d'un journal, même au risque de souffrir pendant la lecture. Elle le fit après de longues hésitations, mais elle sembla comme troublée et étonnée de s'entendre parler et accusait une vive douleur pendant la phonation.

Toutes ces expériences avaient provoqué des signes de douleurs.

Aux questions que je lui adressai ensuite, elle répondit brièvement, il est vrai, et comme malgré elle, mais en articulant très distinctement ses réponses.

En face de ce diagnostic il dut naturellement se présenter à mon esprit l'idée d'une forme particulière d'hypocondrie ou de simulation. C'est en effet le diagnostic auquel je m'arrêtai, et ma consultation fut rédigée dans ce sens.

L'opinion de Krishabert s'est depuis modifiée, et cette observation lui paraît « un exemple frappant de cessation des fonctions d'un organe par exagération de la *sensibilité commune* ». Il admet « une simple *hyperesthésie locale* (filets terminaux du laryngé supérieur), la douleur n'étant jamais survenue spontanément et ne s'étant manifestée que pendant les diverses fonctions de l'organe ». *(A suivre.)*

BIBLIOGRAPHIE

Du catarrhe chronique des fosses nasales et de son traitement par la galvano-caustique chimique (1) par le Dr Garrigou-Desarènes.

L'auteur réclame avec raison la priorité pour le traitement du catarrhe chronique des fosses nasales, de l'ozène et du rétrécissement de la trompe d'Eustache, au moyen de l'électrolyse, et, dès 1884, il faisait connaître à l'Académie de Médecine les résultats qu'il avait obtenus. Aujourd'hui il a réuni un plus grand nombre de faits qui démontrent les effets excellents de cette méthode ; il croit donc devoir attirer de nouveau sur elle l'attention des médecins, signaler l'efficacité de ce mode de traitement, les guérisons qu'il donne, et préciser la manière de l'appliquer.

Après quelques chapitres consacrés à l'anatomie et à la physiologie des fosses nasales, à la description des instruments employés pour reconnaître et traiter les maladies du nez, l'auteur étudie successivement, au point de vue symptomatologique, le catarrhe chronique simple hypertrophique, atrophique, l'ozène, le coryza ulcéreux, le catarrhe de la trompe, les végétations adénoïdes, puis il passe en revue les méthodes anciennes de traitement dirigées contre ces affections, et fait ressortir les inconvénients de ces modes de traitement.

Tous ces procédés, selon Garrigou-Desarènes, ne jouissent pas d'une parfaite innocuité, et le chirurgien qui les emploie, soit qu'il fasse des cautérisations avec l'acide chromique, soit qu'il se serve du galvano-cautère, soit qu'il enlève complètement le cornet dont la muqueuse est gonflée, soit qu'il retranche seulement aux ciseaux les portions de pituitaire hypertrophiées, peut provoquer chez son malade des désordres imprévus et, même, des complications redoutables. Chacun de ces procédés a pour but, seul, de détruire très rapidement les parties de la membrane de Schneider dont

(1) Paris, 1888, Delahaye, édit.

l'augmentation de volume occasionne les troubles de quelque nature qu'ils soient. Aucun d'eux ne cherche à modifier l'état de la muqueuse. D'une part, ils ont le désavantage de faire disparaître des organes d'une certaine importance; d'un autre côté, la pituitaire, sous le coup de ces manœuvres un peu rudes, peut donner naissance à des réactions qu'il vaut mieux éviter.

Avec la galvano-caustique des accidents semblables ne sont pas à craindre; l'action de ce mode de traitement consiste surtout en de profondes modifications dans la nutrition des parties malades; s'il y a des effets caustiques, leur intensité peut être obtenue graduellement.

L'action trophique de l'électrolyse est surtout importante, c'est elle qui produit dans la profondeur des tissus ces modifications de nutrition et de texture qui constituent le point capital de l'intervention galvano-chimique. Elle provoque une certaine résolution qui corrige toute perversion nutritive par défaut ou par excès. Quel que soit le trouble observé dans les tissus, qu'il s'agisse d'une hypertrophie ou d'une atrophie, le courant électrique est un agent modificateur et stimulateur d'une grande puissance, pour rétablir aux régions l'équilibre normal chaque fois qu'il aura été détruit. L'action galvanique aboutit à provoquer la dilatation des vaisseaux sanguins et des vaisseaux lymphatiques, et, par suite, donne lieu à une activité plus grande de la circulation en retour, dont le résultat est finalement le dégorgement des tissus et la résorption plus ou moins rapide et complète des exsudats morbides.

Garrigou-Desarènes décrit ensuite le mode d'application de la galvano-caustique chimique : il indique en détail comment doit être faite l'opération, il précise les soins qu'il est nécessaire d'apporter dans les divers temps; nous ne pouvons ici reproduire les différentes parties du manuel opératoire.

Enfin l'auteur rapporte les succès qu'il a obtenus par ce traitement dans le catarrhe chronique simple et hypertrophique. Chez plusieurs malades atteints d'ozène, il a constaté qu'après quelques applications de galvano-caustique l'odeur

cessait pendant quelque temps; et par sa méthode il a vu guérir un certain nombre de sujets, sans récidive après plus d'un an; les cavités nasales reviennent en partie à leurs dimensions primitives, par une sorte de régénération de la muqueuse qui reprend son aspect normal et revêt une coloration d'un gris rosé.

Dans le catarrhe chronique de la trompe d'Eustache, l'électrolyse donne aussi d'excellents résultats; enfin ce mode de traitement peut être employé avec profit pour amener la résolution des tumeurs adénoïdes et pour faire cesser certaines hémorrhagies nasales.

Enfin, à la fin de l'ouvrage sont relatées de nombreuses observations qui viennent témoigner de l'efficacité réelle de la galvano-caustique chimique. J. JOAL.

Physiologie et hygiène de la voix et du chant *(Fisiologia ed igiene della voca e del canto)*, par M. MASUCCI.

Le travail est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur résume l'anatomie de l'appareil vocal et la physique du son et de l'art musical. La seconde partie traite des propriétés acoustiques de la voix humaine parlée ou chantée et de la phonation. La dernière comprend les désordres observés chez ceux qui exercent la voix et l'hygiène de la voix et du chant.

C'est un petit livre qu'on peut lire avec quelque avantage.

D[r]. CARDONE.

Manuel de trachéotomie, par le D[r] Paul RENAULT.

Un grand nombre d'auteurs ont traité de la trachéotomie, mais il n'existait pas de manuel décrivant pratiquement l'opération telle qu'elle doit être conduite, et telle qu'il est de tradition de la faire dans les hôpitaux d'enfants à Paris. Paul Renault, avec ses bons amis Darier et Carron de la Carrière, ont eu l'idée d'écrire ce livre qui rendra de grands services aux praticiens, en leur présentant, groupées dans un ouvrage court et précis, les règles si minutieuses de la trachéotomie.

Comme le dit très justement dans la Préface M. le Dr Jules Simon : « Ce qu'on ne saurait trop louer dans ce Manuel, c'est la mise en relief de nombreux détails, superflus peut-être en apparence, mais qui répondent bien à la réalité des faits. Quoi qu'on en dise, la trachéotomie est une opération dont la marche, les règles, les différents temps sont nettement définis et on ne saurait trop se pénétrer de cette idée : qu'une faute en apparence légère est toujours en pareil cas grosse de conséquences. Que le larynx ne soit pas assez solidement fixé par exemple, ou que l'incision trachéale soit légèrement déviée, cela suffit pour rendre l'introduction de la canule difficile, parfois même impossible, et ce retard apporté à la terminaison de l'opération est toujours grave, car la vie du petit patient peut en dépendre.

» Un chapitre de ce Manuel, continue le Dr J. Simon, avec sa grande autorité, mérite encore une mention particulière : c'est celui consacré aux suites de l'opération ; il fourmille de renseignements pratiques que je ne saurais trop recommander. Les soins de la canule, l'hygiène de l'opéré, les précautions à prendre pour éviter toute complication du côté de la plaie ou du côté de l'appareil pulmonaire, etc., y sont traités comme il convient. »

J. Joal.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales, par le Dr L. Arviset.

Cet intéressant travail se compose de deux parties : l'une où sont exposées les notions anatomiques et physiologiques récemment acquises sur le tissu érectile des fosses nasales, l'autre où est élucidée la pathogénie de certaines épistaxis.

Arviset commence par nous dire qu'avec Robin et Legros il regarde les tissus érectiles comme formés de capillaires à endothelium dont les mailles sont limitées par des trabécules renfermant du tissu musculaire lisse, et il expose que

pareil tissu se trouve sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen et aux extrémités postérieures des trois cornets, et même, suivant John Mackenzie et Kiesselbach, sur la cloison. Il présente deux couches : l'une superficielle à mailles étroites ; une, profonde, formée par de vastes lacunes à contours irréguliers et limitées par des trabécules renfermant du tissu musculaire lisse dans leur épaisseur.

Arviset a étudié, avec le concours de Pilliet et Isch-Wall, le développement du tissu érectile, et il a vu des capillaires dilatés sur la muqueuse nasale de fœtus de certains mammifères : mouton, porc, chat, taupe, rat, fœtus humain ; la pituitaire d'animaux adultes, tatou, chevreuil, chameau, lapin, rat ; l'homme a été examiné, et l'auteur a constaté la présence du tissu érectile suivant les dispositions indiquées dans le travail d'Isch-Wall.

Chez les animaux sauvages, les corps caverneux sont plus développés que chez les animaux domestiques.

La nature érectile du tissu étant prouvée par son développement et sa structure, il faut maintenant faire voir qu'elle est en outre démontrée par ses propriétés physiologiques. Les corps spongieux entrent en turgescence sous l'influence de variations brusques de température, du contact de certaines poussières, de l'irritation de certains nerfs sensitifs, et leur gonflement donne lieu à des réflexes pathologiques ; dans l'ordre physiologique, les odeurs provoquent l'appétit et la sécrétion des glandes salivaires et stomacales ; chez les animaux, au moment du rut, l'odeur de la femelle amène l'érection du mâle.

Du reste, il existe des rapports intimes entre le nez et les organes génitaux, ainsi que l'a soutenu J. Mackenzie, et Arviset a constaté la turgescence des corps caverneux chez deux individus qui venaient de pratiquer le coït, si bien qu'il se demande si dans la série animale le tissu érectile du nez n'est pas destiné à produire l'érection des organes génitaux.

L'auteur cherche ensuite à déterminer si ce tissu joue un rôle dans la pathogénie des épistaxis.

Hartmann et Kiesselbach ont montré que dans les épistaxis

spontanées le sang venait de la partie inférieure et antérieure de la cloison osseuse, point où existe normalement du tissu érectile; il est alors rationnel d'admettre que ces hémorragies sont dues à la rupture des dilatations vasculaires recouvertes seulement par le basement membrane et l'épithélium, rupture qui se fait par augmentation de la tension sanguine.

Si donc la turgescence du tissu dépasse une certaine limite, une épistaxis peut se produire; or ce gonflement survient chaque fois que la face se congestionne; de là l'explication facile des hémorrhagies nasales à la suite de quinte de toux, d'éternuements, de cris, d'efforts, d'insolations, d'influences morales.

Dans d'autres cas le gonflement des corps caverneux est amené par une action réflexe, comme dans le fait observé par Isch-Wall, où une perle sphérique introduite dans le nez avait causé des épistaxis.

Quant aux épistaxis menstruelles, elles tiennent à l'intervention du facteur génital; c'est la congestion utéro-ovarienne qui occasionne la turgescence du tissu érectile; ce gonflement et la rupture vasculaire consécutive se montreront toutefois plus facilement chez les personnes prédisposées aux congestions céphaliques par la goutte, le rhumatisme par exemple. Cette augmentation de volume des corps caverneux, au moment des règles chez certaines femmes, a été constatée par J. Mackenzie, Isch-Wall et Arviset, au moyen de l'examen rhinoscopique, et elle explique certains phénomènes, céphalalgie, vertiges, rougeur de la peau du nez, qui se montrent chez des sujets à chaque période cataméniale, phénomènes réflexes d'origine nasale. (*Thèse Lyon*, août 1887.)

J. Joal.

Irrégularités de la cloison des fosses nasales *(Irregularities of the septum nariums)*, par le Dr Whitehill Hinkel.

L'auteur considère que les irrégularités de la cloison du nez sans déviations proprement dites jouent un rôle assez important dans l'étiologie du catarrhe nasal. Ces saillies irrégulières se trouvent d'ordinaire le long des sutures du cartilage et des

os. Elles sont osseuses ou ostéo-cartilagineuses. La muqueuse qui les recouvre s'enflamme très facilement et devient le point de départ du catarrhe nasal. (*New-York Med. Journ.*, oct. 1887.)

Rapport entre l'asthme et quelques affections des fosses nasales (*Relacion entre el asma i algunas afecciones de las fossas nasales*), par Victor Rios Ruiz.

L'auteur fait l'historique de la pathogénie de l'asthme et donne les théories émises jusqu'à ce jour. Il rappelle les expériences de Schiff, qui a pu produire l'accès typique d'asthme par l'excitation soit directe soit indirecte du nerf vague.

Les filets du trijumeau (sphéno-palatin externe. — Filet ethmoïdal du rameau nasal de l'ophtalmique), innervent tout particulièrement le corps caverneux pituitaire, étudié par Kohlrauch. Ils sont en relation intime avec le sympathique, qui fournit la racine végétative du ganglion de Meckel. Toute irritation mécanique ou pathologique portée à ce niveau, mais en ce point seulement, déterminera à la fois et l'érection du corps caverneux et un véritable accès d'asthme réflexe. En ce qui concerne du moins les phénomènes dyspnéiques, le trijumeau sera la voie centripète, et les nerfs moteurs des muscles inspirateurs la voie centrifuge.

L'auteur a répété à ce sujet les expériences de Hack, et il a obtenu les mêmes résultats. Il a recueilli plusieurs observations d'asthme accompagné de coryza hypertrophique. La guérison de cette dernière affection a amené la disparition des accès. Dans d'autres cas cités l'extirpation de polypes a aussi fait disparaître l'asthme.

Après avoir passé en revue chez un malade toutes les causes étiologiques de l'asthme essentiel et les avoir écartées, le médecin devra donc porter ses investigations du côté des fosses nasales et voir s'il ne trouvera pas là l'explication des phénomènes observés. Cet examen lui permettra d'instituer un traitement local et général approprié. (*Revista medica de Chile*, 1887.) L. Lacoarret.

Traitement des polypes du nez au moyen de l'anse galvano-caustique, par le Dr Garel, médecin des hôpitaux.

En réponse à un travail du Dr Pollosson, qui vantait fort l'emploi de l'anse froide pour l'ablation des polypes, le Dr Garel publie dans la *Province médicale* une intéressante étude destinée à faire ressortir la supériorité de l'anse galvano-caustique sur l'anse froide et sur la pince. Il a opéré un grand nombre de malades, il peut donc se prononcer en connaissance de cause.

Il se sert du manche de Jacoby, de fils de fer recuit de préférence aux fils de platine qui se fondent trop facilement, et il obtient le courant avec la pile portative de Trouvé en ébénite, à 18 crayons de charbon et 12 crayons de zinc.

A différentes reprises Garel a pu enlever avec l'anse galvano-caustique des parcelles importantes de tumeurs sans voir couler une goutte de sang, notamment chez un jeune client du Dr Gouilloud, opéré en une seule fois d'une énorme tumeur du nasopharynx descendant au-dessous de la base de la langue.

Toutefois il n'en est pas toujours ainsi, surtout lorsqu'on arrive près de l'implantation de la tumeur sur la muqueuse, dans les points qui présentent un état intermédiaire entre l'état muqueux pur et une hypertrophie inflammatoire de la muqueuse ; alors il n'est pas rare d'avoir un écoulement sanguin ; mais l'hémorrhagie est, même dans ce cas, bien moins forte qu'avec la pince ou l'anse froide, surtout si on a le soin de ne pas porter l'anse à une température trop élevée.

Avec l'anse galvanique, l'auteur n'a jamais dû faire le tamponnement des fosses nasales, dans les nombreux cas de polypes qu'il a opérés ; et il a observé aussi que ce procédé diminuait les chances de récidive que l'on voit après l'ablation avec l'anse froide ou la pince.

Ce travail contient en outre plusieurs observations de malades guéris par le Dr Garel, spécialiste de Lyon.

J. Joal.

———

Fibro-sarcome de la cloison des fosses nasales. Opération. Guérison. Examen histologique, par les Drs Calmettes et Chatellier.

Il s'agit d'une dame de trente ans qui, dans son enfance, a eu des épistaxis assez fréquentes; les hémorrhagies avaient cessé; elles reparurent vers la 24e année, et, à cette époque, la malade remarqua une petite excroissance de chair dans la narine gauche; la respiration nasale était gênée. A l'examen rhinoscopique, on voit une petite tumeur du volume d'un gros noyau de cerise. Elle occupe la partie antérieure de la fosse nasale gauche au niveau du méat moyen ; elle est mobile sous le stylet et semble s'implanter sur la cloison cartilagineuse en haut et en avant.

La malade est opérée, la base de la tumeur est entourée avec l'anse galvanique, la section se fait régulièrement. Il ne se produit aucune hémorrhagie ni immédiate, ni secondaire. Pas de récidive de la tumeur, qui est examinée au point de vue histologique; il s'agit d'un fibro-sarcome.

Le cas est intéressant en ce sens que la bénignité de la tumeur a été manifeste, alors que la plupart des auteurs, avec Morell Mackenzie, considèrent le fibro-sarcome du nez comme une tumeur maligne. (*Annales des maladies de l'oreille*, mars 1887.) J. Joal.

Déviation de la cloison des fosses nasales. — Opération (*Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux*, séance du 21 octobre 1887.)

M. Pousson appelle l'attention de la Société sur le traitement des déviations de la cloison des fosses nasales.

Il indique la nature de l'obstacle à combattre et fait ressortir les nombreuses et quelquefois graves conséquences de cette lésion. Il présente en même temps un petit malade que lui avait adressé M. le Dr Moure et qu'il a opéré avec un petit ostéotome, placé à la base de la tumeur et tangent à la cloison. Mais, comme le petit copeau osseux, recouvert de la muqueuse, ne donnait pas un passage assez grand, il fallut encore raboter le vomer et reséquer un peu de tissu cartilagineux de la sous-cloison.

M. Pousson croit que le tamponnement postérieur préventif présente de grands avantages. Le tamponnement antérieur n'a pas été fait, mais le pansement appliqué chez le malade le valait bien. Les suites de l'opération furent simples, le traitement consécutif consista en irrigations d'eau chloratée, faites par la sonde à demeure introduite dans la narine, et en insufflations de poudre d'iodoforme. Aujourd'hui le malade respire bien. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 6 nov. 1887.) L. Lacoarret.

Nouveau traitement de la fièvre de foin, par Sir Andrew Clark.
(Société médico-chirurg. de l'Ouest de Londres.)

Ce traitement agit en modifiant la sensibilité de la muqueuse nasale pour les substances qui produisent les accès.

Le traitement général ne doit pas être négligé et est variable suivant les cas.

Le traitement local consiste en applications sur la muqueuse nasale de la solution suivante :

Glycérine.	24 grammes.
Acide phénique.	6 —
Chlorhydrate de quinine.	4 —
Sublimé corrosif.	3 centigr.

Chauffer le mélange pour dissoudre la totalité de la quinine.

Mode d'emploi : 1° Débarrasser les fosses nasales du mucus au moyen d'une douche;

2° Badigeonner soigneusement avec un pinceau, trempé dans la solution, la paroi supérieure, la paroi inférieure, jusqu'au pharynx, des cavités nasales, la face postérieure du voile du palais.

L'effet immédiat est désagréable. On observe parfois un écoulement muco-sanguinolent, de la céphalalgie frontale, de la toux, ou encore un accès de fièvre de foin. On préviendra le malade de ces accidents passagers.

Un seul badigeonnage a suffi dans certains cas, le plus souvent il faut les répéter trois ou quatre fois, en laissant

un intervalle de deux ou trois jours entre les séances.

Les résultats ont été meilleurs que ceux donnés par les diverses solutions de cocaïne. (*Semaine médicale*, 15 juin 1887.)

LACOARRET.

Traitement du rhinosclérome (*Zur Therapie der Rhinoscleroms*), par le Dr DOUTRELEPONT.

Les recherches histologiques récentes semblent avoir indiqué la voie pour le traitement du rhinosclérome. C'est ainsi que Lang (1883), admettant qu'il pouvait bien s'agir d'une infection locale, fit dans la tumeur des injections d'a. salycil. et d'a. carbonique. Ses idées ont été depuis partagées par Frisch, Cornil, Alvarez, Babes, Pellizani et Kolliker. L'auteur a lui-même, dans un cas, employé le sublimé et il n'a eu qu'à se louer des bons résultats qu'il a obtenus.

Il s'agit d'un homme de trente-quatre ans, *sans antécédents syphilitiques*, qui avait vu sept mois auparavant apparaître une tumeur offrant actuellement le volume d'une aveline et que l'auteur décrit avec un grand luxe de détails. On avait, pour la faire disparaître. prescrit sans succès de nombreuses pommades et de l'arsenic à l'intérieur.

M. Doutrelepont fit faire matin et soir des frictions énergiques avec une pommade au sublimé à 1 0/0. La guérison était à peu près complète trois mois après. L'examen microscopique démontra qu'il s'agissait manifestement d'un rhinosclérome. L'auteur n'hésite pas à attribuer au sublimé sa guérison : c'est pourquoi il recommande ce mode de traitement; il croit même que les injections seraient préférables. (*Deuts. med. Woch.*, nº 3, 3 février 1887.) M. NATIER.

Traitement du lupus du nez par l'acide lactique. (*Société de Médecine de Lyon*, 2 novembre.)

M. Rafin présente un malade atteint de cette affection traité avec succès par les applications d'acide lactique à 80 0/0. Cette solution agit mieux que l'acide concentré, qui ne pénètre pas dans les tissus à cause de sa consistance. L'acide lactique amène la rétraction des bourgeons couvrant

la surface malade. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 24 novembre 1887.) L. L.

Suppuration du sinus maxillaire traitée par des cautérisations au nitrate d'argent, par le Dr Astier.

La perforation du bord alvéolaire du maxillaire est le seul mode de traitement rationnel, car le cathétérisme du sinus que vient encore de recommander Schiffers (de Liège) est très difficile; les liquides injectés par l'ouverture nasale de la cavité ne trouvent pas d'issue à la partie déclive du sinus et remplissent mal leur rôle antiseptique.

Astor parle ensuite d'une guérison qu'il a obtenue en faisant pénétrer par l'ouverture alvéolaire une sonde cannelée dans la rainure de laquelle il avait mis du nitrate d'argent fondu, et en promenant l'extrémité de la sonde sur la plus grande étendue possible des parois du sinus. (*Revue de clinique et de thérapeutique*, juillet 1887). J. Joal.

Injections sous-muqueuses dans les affections chroniques de la gorge et du nez *(Submucous injections in chronic throat and nasal diseases)*, par le Dr Chappell.

L'auteur, dans la laryngite chronique et dans la rhinite hypertrophique, préconise les injections sous-muqueuses. Dans la gorge il choisit à chaque séance trois ou quatre groupes vasculaires les plus volumineux et y injecte quelques gouttes d'une solution d'acide phénique et de glycérine en parties égales. Dans la pharyngite glandulaire, il injecte dans chaque granulation une goutte de la même solution. Dans la rhinite hypertrophique, il emploie de préférence une solution d'acide monochloracétique.

Nous n'avons cité que pour mémoire cette méthode du Dr Chappell qui nous paraît peu pratique. Nous possédons dans le galvano-cautère un moyen tout aussi efficace et plus facile à manier. (*The Med. Record*, 22 octobre 1887.)

Dr J. Ch.

Corps étranger de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide, par le Dr Noquet.

Il s'agit d'un enfant de huit ans, bien conformé et exempt de toute diathèse qui, depuis plus d'une année, présentait tous les symptômes d'un coryza purulent. La gêne de la respiration, l'odeur fétide, l'exagération dans la sécrétion incommodaient surtout le petit malade. Pas de douleurs ni dans les fosses nasales, ni dans les régions avoisinantes.

L'examen direct permit de constater qu'il n'existait pas d'atrophie des cornets inférieurs.

La mauvaise odeur n'était pas d'ailleurs celle qui accompagne l'ozène essentiel.

La fosse nasale droite ne présentait rien de particulier; quant à la gauche, elle était complètement encombrée par un amas de mucosités épaisses. Rien au pharynx nasal.

La fosse nasale gauche, nettoyée avec le stylet porte-ouate, on put sentir un corps dur, situé entre la cloison et le cornet inférieur, qui n'était autre chose qu'un bouton en bois de 8 millimètres de diamètre et de 5 millimètres de hauteur. La muqueuse, au niveau du point où il avait séjourné, était rouge, un peu mamelonnée et saignait facilement.

Ce corps étranger, par suite de son long séjour dans la fosse nasale, était, en quelque sorte, corrodé et recouvert d'une mince couche de calcaire.

M. Noquet rapporte quelques cas analogues cités par les auteurs; il rappelle que ces corps étrangers forment habituellement le noyau des rhinolithes, bien que cependant ces derniers puissent, dans certaines conditions, se montrer spontanément. *(Bulletin médical du Nord*, novembre 1887.)

L. Lacoarret.

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Recherches sur les veines du pharynx, par MM. Bimar et Lapeyre.

Ces recherches ont permis à ces deux auteurs :

1° De contrôler l'exactitude des descriptions classiques;

2° De mettre en relief quelques points qui n'avaient pas jusqu'ici suffisamment attiré l'attention des anatomistes.

Ils ont en effet constaté qu'au niveau de la partie inférieure et de la partie postérieure du pharynx, le réseau veineux sous-muqueux constituait un véritable *plexus profond,* signalé seulement par Cruveilhier. Ce plexus ovalaire à grosse extrémité supérieure est compris entre la muqueuse en avant et le muscle constricteur inférieur en arrière; l'angle inférieur du constricteur moyen le recouvre partiellement. Il ne présente pas son maximum de développement chez les vieillards; les veines qui le forment ont un calibre variant entre 1 et 3 mil. Il communique avec le plexus pharyngien superficiel et en bas avec le réseau veineux sous-muqueux de l'œsophage. (*Acad. des Sc.*, 31 oct.; *Sem. méd.*, 9 nov. 1887.)

M. Natier.

Des varices de la langue, par le Dr Manon.

Dans ce travail, le Dr Manon s'appuie sur 42 observations pour faire l'histoire des varices nasales; la plupart de ces faits ont été recueillis à la clinique de Moure, ou communiqués par notre savant confrère Garel (de Lyon).

Les varices de la langue ont peu attiré l'attention des auteurs, elles ne sont pas cependant très rares; on les a décrites le plus souvent sous le nom de grenouillettes, d'angiomes. D'une façon générale, la cause essentielle des varices linguales est due à une prédisposition spéciale que l'on peut appeler la diathèse variqueuse, dépendant peut-être de l'arthritisme de l'herpétisme; des médecins anglais ont avancé qu'elles sont en rapport avec une lésion des vaisseaux cérébraux, mais il y a exagération de leur part; l'influence des affections cardiaques, pulmonaires, laryngées, gutturales, buccales sur leur développement, est plus manifeste.

La phlébectasie linguale est rare dans l'enfance; à l'âge adulte on en rencontre assez souvent chez les avocats, les chanteurs, les crieurs publics, les alcooliques, les verriers; leur siège de prédilection est la partie de la face dorsale en arrière du V lingual et la partie antérieure de la face inférieure.

Comme signes, pas de douleur, un peu de gêne dans les

mouvements et d'embarras dans la parole. Sécheresse de la gorge; expulsion moins facile des crachats qui sont quelquefois teintés en rouge. Elles se présentent sous deux formes : cylindroïdes ou ampullaires.

L'auteur fait le diagnostic avec les kystes vasculaires, l'anévrysme, la grenouillette sanguine, les angiomes, et comme traitement, il recommande, lorsqu'elles s'enflamment, saignent ou gênent par leur volume, de les cautériser au galvano-cautère ou de les enlever avec des ciseaux courbes en cautérisant ensuite. (*Thèse de Bordeaux*, 1887.)

J. JOAL.

Action du système nerveux sur la production de la salive,
par M. le Dr JUDÉE.

Il résulte des expériences de l'auteur que pour la production des phénomènes d'inhibition dans lesquels il n'y a pas de sécrétions normales possibles, l'intervention de deux centres nerveux est nécessaire : l'un médullaire, l'autre périphérique, reliés entre eux par un filet nerveux qui — dans le cas de production salivaire — se trouve être constitué par la corde du tympan. Le premier doit être considéré comme un centre de commandement, le second est simplement chargé de l'exécution.

De même la production des deux espèces de salive, la *normale* et la *sympathique*, est due à l'action exercée au moyen des filets nerveux par un premier centre médullaire dit *de commandement*, tantôt sur un second périphérique, tantôt sur un autre de même nature. Il appelle *centre périphérique de phonation* celui qui doit annihiler la tonicité des éléments primitifs de nos glandes; le *centre périphérique auto-moteur* ou de *tonicité* est celui qui est destiné à l'augmenter. (*Académie des Sc.*, 7 nov. *1887*. — *Sem. méd.*, n°46, 16 janv. 1888.)

N. NATIER.

Un cas de Leucoplasie buccale *(A case of Leucoplasia buccalis)*,
par le Dr WHITEHILL HINKEL.

Il s'agit d'un homme de 48 ans éprouvant depuis quelques semaines des douleurs à la gorge et de la difficulté à avaler.

L'amygdale droite était rouge et très grosse, la gauche légèrement augmentée de volume. Sur chacun des piliers antérieurs on aperçoit une plaque opaline recouvrant presque entièrement les piliers. On observe une plaque semblable sur la partie inférieure de l'amygdale; sur le milieu de la langue existait aussi une plaque opaline de la grandeur d'une pièce d'un franc, et sur le côté gauche de cet organe une ulcération irrégulière à bords taillés à pic et comprenant toute l'épaisseur de la muqueuse jusqu'au tissu sous-muqueux. Le malade nie la syphilis et n'en présente aucune trace. On prescrit cependant un traitement anti-syphilitique énergique qui n'amène aucune amélioration. On prescrit alors une médication tonique et de l'iode en applications locales. Sous l'influence de ce dernier traitement le malade guérit au bout de quelques mois.

D'après l'auteur il s'agissait dans ce cas non de syphilis mais de leucoplasie buccale; il base son opinion sur les considérations suivantes :

1° Pas d'antécédents syphilitiques; la lésion initiale très problématique n'a pas été suivie d'accidents secondaires dans une période de 25 ans.

2° Le traitement syphilitique très énergique et très persistant a déterminé une aggravation au lieu d'une amélioration de la lésion.

3° L'amélioration et la guérison ont suivi le traitement tonique.

4° La famille du malade très saine ne présentait pas le moindre signe de la dyscrasie syphilitique. (*N.-Y. med. Journ.*, 22 oct. 1887.) D^r^ Ch.

Un cas de nigritie de la langue, par le Dr G. Vernet, médecin-adjoint à l'asile Saint-Luc, à Pau.

Après un historique très sommaire de la question, l'auteur cite un cas de nigritie de la langue qu'il a étudié sur lui-même dans le cours d'une angine herpétique, accompagnée de fièvre, courbature, etc.

La nigritie, s'accentuant avec la production de nouvelles

vésicules, et disparaissant avec elles, semblerait plaider en faveur de la doctrine parasitaire. Cependant, l'examen microscopique des papilles linguales, répété à diverses périodes de l'affection, n'a simplement révélé que la présence de corpuscules pigmentaires, accolés aux gaînes épithéliales, sans aucune trace d'éléments parasitaires.

Malgré ces résultats négatifs, l'auteur ne se croit pas autorisé à conclure en faveur de l'une ou l'autre des théories émises jusqu'à ce jour sur la nature de cette affection. (*Gazette des Hôpitaux* du 31 décembre 1887.) L. L.

Cas de glossite aiguë chez une petite fille.

M. Shield rapporte le cas d'une petite fille de six ans, qui présentait une tuméfaction énorme de la langue. Cet organe faisait saillie hors de la bouche et gênait considérablement la respiration.

Ce gonflement s'était développé très rapidement, à la suite d'une esquinancie.

M. Shield pratiqua quatre incisions qui donnèrent beaucoup de sang et amenèrent une prompte amélioration, mais on fut obligé de maintenir un dilatateur dans la bouche pendant quelques jours, afin de protéger la langue contre l'action spasmodique des muscles masticateurs. Les incisions se fermèrent en dix jours, et, le quatorzième jour, l'enfant pouvait retirer la langue dans la bouche.

M. Black rappelle que, dans des cas de ce genre, l'artère linguale est refoulée en haut, de sorte qu'on est exposé à la blesser.

M. Angel Money fait observer que la portion motrice du trijumeau présente une irritabilité particulière, car les muscles qu'elle innerve sont facilement atteints de violentes contractions spasmodiques. (Société de Médecine de Londres, séance du 7 novembre.— *Semaine médicale*, 9 nov. 1887.)

LACOARRET.

Herpès récidivant de la langue chez les syphilitiques,
par M. le professeur FOURNIER.

Souvent il arrive chez d'anciens syphilitiques traités et

considérés comme guéris qu'apparaissent de petites érosions sur la langue qui sont regardées comme des manifestations nouvelles de la syphilis. Ces érosions sont cautérisées en même temps que le malade est soumis à un traitement nouveau et tout disparaît jusqu'à nouvel ordre. Mais les récidives sont fréquentes et font à la fois le désespoir du patient et celui du médecin. Frappé de ce fait, M. le professeur Fournier, après beaucoup d'hésitations et de tâtonnements, en est arrivé à cette conviction, qu'il s'agit dans ces cas d'un herpès buccal non décrit jusqu'à ce jour et qui n'est autre que l'herpès buccal récidivant en tout point analogue à l'herpès récidivant génital décrit par Doyon.

Les raisons qui ont conduit l'éminent syphiligraphe à admettre qu'il s'agirait bien là d'un véritable herpès sont les suivantes :

1° Inefficacité absolue du traitement spécifique;

2° Examen plus attentif, analyse plus minutieuse des caractères objectifs de ces lésions; et l'auteur passe en revue avec beaucoup de soin les caractères destructifs de l'herpès buccal récidivant jusqu'ici non décrit.

De même que l'irritation génitale est la cause de l'herpès récidivant des organes génitaux, de même l'irritation buccale est la cause de l'herpès récidivant de la bouche. L'analogie est par suite très frappante.

A l'existence de cet herpès récidivant buccal pseudo-syphilitique se rattache une importance pratique considérable. Et d'abord on applique un traitement intempestif qui même peut être nuisible au malade; de plus, se fondant sur un faux diagnostic, on peut dans certaines conditions, en cas de mariage par exemple, donner des conseils qui n'auraient pas leur raison d'être. De là tout l'intérêt qui s'attache à la connaissance de l'herpès buccal récidivant. (*Sem. méd.*, 13 juillet 1887, p. 281.)

M. Natier.

De la stomatite aphtheuse confluente bénigne et de son traitement, par le Dr Hirtz.

Suivant Damaschino et la plupart des autorités médicales,

la stomatite aphtheuse confluente est pour ainsi dire d'essence une affection grave et redoutable. Les observations recueillies par l'auteur lui permettent d'établir, comme Alibert l'avait déjà reconnu, que cette maladie peut être bénigne, mais facilement récidivante.

Il étudie les prodromes et la marche de l'énanthème. Rougeur scarlatiniforme d'abord, puis éruption vésiculeuse extrêmement abondante, ulcérations, etc.

Malgré la confluence, la cicatrisation s'effectue en douze ou quinze jours, l'état général reste bon et la température normale. L'appétit est seulement un peu diminué et la déglutition douloureuse.

On ne confondra pas cette affection avec la stomatite ulcéreuse. Dons la stomatite aphtheuse l'enduit pseudo-membraneux n'existe pas ou est peu résistant, l'haleine est peu fétide, l'éruption est toujours accompagnée d'une glossite exfoliatrice superficielle, son siège de prédilection est le pharynx. On devra dans tous les cas rechercher soigneusement l'élément primitif de l'énanthème à l'état isolé.

De tous les médicaments employés, un seul a donné des résultats rapides. C'est le salicylate de soude. On devra l'employer en solution concentrée, 20 0/0 au moins. On badigeonnera la muqueuse buccale et pharyngée cinq ou six fois par jour, principalement après les repas. On prescrira en même temps de légers purgatifs, comme la rhubarbe, ou mieux la magnésie calcinée, à la dose de 1 à 3 grammes par jour. (*Journal de méd. et de chir.*, novembre 1887.)

L. Lacoarret.

La stomatite aphtheuse et son origine,
par le Dr David.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Il y a des analogies frappantes entre une maladie humaine et une maladie contagieuse des animaux domestiques;

2° Des faits, dont quelques-uns sont très démonstratifs, établissent sa transmission de l'espèce bovine ou ovine à l'espèce humaine par le contact direct, par le lait;

3° Des épizooties et des épidémies ont été simultanées et ont eu une marche parallèle;

4° Un cas bien probant démontre la production de fièvre aphtheuse chez une chèvre contaminée par des enfants atteints de stomatite aphtheuse;

5° Dans une expérience décisive, la stomatite s'est développée trois ou quatre jours après l'usage du lait;

6° La stomatite aphtheuse de l'homme et la cocote des animaux ne constituent qu'une même maladie, transmise à l'homme par les animaux domestiques, surtout par l'intermédiaire du lait. (*Archives générales de Médecine*, septembre-octobre 1887.) J. JOAL.

Stomatite gangreneuse *(Gangrenous Stomatitis)*, par le Dr WHARTON.

L'auteur rapporte sept observations de stomatite gangreneuse chez des enfants âgés de deux à cinq ans. On institua un traitement général tonique et des applications locales d'acide nitrique. Cinq malades sont guéris et deux morts.

On n'observe la stomatite gangréneuse que chez les enfants débiles et mal nourris des classes pauvres et des asiles. Elle se développe d'ordinaire à la suite d'une maladie aiguë (rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, etc.). On a décrit récemment un micrococcus qui paraît être la cause du développement de la stomatite gangréneuse. Mais de nouvelles recherches sont nécessaires pour établir sa véritable signification pathologique. Au début seulement on pourrait confondre cette affection avec la stomatite ulcéreuse simple. La diarrhée, la broncho-pneumonie et l'hémorragie sont les complications que l'on observe le plus souvent. (*The Med. and Surg. reporter,* 17 septembre 1887.) Dr J. CH.

Eruption tuberculeuse sur la gencive et sur l'amygdale,
par A. BAGINSKY.

Un premier malade, âgé de 35 ans, avait, il y a six ans, été atteint d'une inflammation de la plèvre qui fut suivie de lésions pulmonaires. Depuis quatre mois existent de petits grains miliaires sur le bord ginginal du maxillaire supérieur

ainsi que sur la voûte du palais; au même niveau se montre en outre une ulcération granuleuse. Les sécrétions et les crachats contiennent des bacilles tuberculeux. Chez le second malade, âgé de 38 ans, et atteint de phymie laryngée, existe une éruption tuberculeuse sur l'amygdale droite. Les secrétions renferment aussi des bacilles de la tuberculose. (*Soc. de méd. Berlin*, 2 nov. 1887. — *Sem. méd.*, 9 nov. 1887).

M. NATIER.

Tuberculose des amygdales *(Tuberculose der Tonsillen)*, par le Dr LUBLINSKI, de Berlin.

La tuberculose des amygdales est l'une des raretés de la pratique laryngologique. Cependant l'immunité que Virchow attribue à ces organes à l'égard du tubercule ne doit plus être considérée aujourd'hui que comme relative. Toutefois, si l'on a vu assez souvent la tuberculose du pharynx gagner l'amygdale, il est rare que celle-ci soit prise sans participation de son pourtour. Cependant Strassmann a trouvé souvent à l'autopsie de phtisiques de très petits tubercules miliaires dans le tissu d'amygdales qui, du reste, ne présentaient à l'extérieur aucun signe de cette infiltration. Cornil et Ranvier, ainsi que Ziegler, ont fait la même remarque.

Chez les deux malades que l'auteur a observés, il y avait des ulcérations tuberculeuses de la surface des tonsilles sans que les parties voisines présentassent aucune modification appréciable. Dans les deux cas la tuberculose avait envahi antérieurement les poumons et le larynx.

L'affection consistait en petites ulcérations dont la surface était recouverte d'exfoliations gris-jaunâtres; les bords en étaient taillés à pic, un peu plus élevés et plus rouges que la surface amygdalienne environnante.

Dans les deux cas également il n'y avait aucune trace de syphilis et la présence de nombreux bacilles put être constatée.

Cette recherche des bacilles, soit dans le tissu amygdalien dont on détache une parcelle, soit dans les produits du grattage du fond des ulcérations, est importante pour le diagnostic,

car les lésions ressemblent beaucoup à des ulcères syphilitiques, et il est probable que l'on a parfois traité comme tels des ulcérations tuberculeuses.

Le traitement consista en applications palliatives de cocaïne, en insufflations d'iodol. Dans l'un des cas le traitement local galvano-caustique parut améliorer l'état des tonsilles; dans l'autre où un traitement local suivi ne put être institué, les ulcérations s'étendirent à tout le pharynx. Chez tous deux la phtisie rapide des poumons entraîna l'issue mortelle.

L'auteur explique la contradiction apparente qui existe entre les micrographes qui ont souvent découvert des tubercules dans l'amygdale et les cliniciens qui la regardent comme si rare, par le développement considérable que prend le tissu conjonctif dans les maladies de cet organe, développement qui entrave le ramollissement des produits tuberculeux.

Quoique Baumgarten pense, d'après ses expériences sur les animaux, que l'amygdale peut être le point d'entrée du bacille tuberculeux, il n'en est pas moins vraisemblable cliniquement que l'infection des tonsilles se fait secondairement par l'expectoration. (*Communication à la réunion de l'Association médicale britannique à Dublin*, août 1887).

D[r] WAGNIER (de Lille).

Hypertrophies glandulaires et conjonctives des parois latérales du pharynx *(Glandular and connective tissu hypertrophie of the lateral walls of the pharynx)*, par le D[r] CLARENCE C. RICE.

Dans ce travail l'auteur étudie la pharyngite latérale, caractérisée par l'hypertrophie du repli salpingo-pharyngien. Elle peut exister en dehors de toute altération de la paroi postérieure du pharynx. Les modifications pathologiques qui la caractérisent débutent d'ordinaire par l'inflammation des glandes de la région. La congestion chronique et l'infiltration hyperplasique, qui en est la conséquence, sont le résultat de folliculites répétées qui amènent la destruction du tissu glandulairepar l'hyperplasie du tissu conjonctif qui l'entoure.

Les deux processus ne peuvent être séparés au point de vue

clinique, et les replis des parois latérales sont formés par le tissu glandulaire et conjonctif hypertrophié.

Les replis hypertrophiés sont variables ; ils atteignent parfois un volume considérable au point d'empêcher le voile du palais de s'appliquer contre la paroi postérieure. Les malades atteints de pharyngite latérale éprouvent d'ordinaire une sensation de brûlure et de raclement plutôt qu'une véritable douleur. La fatigue de la voix est très marquée et se produit facilement chez eux pour la parole et le chant. (*The New-York Med. Journal*, 17 septembre 1887.) Dr J. Ch.

Epithélioma de la langue (*Société médico-pratique*, 14 novembre).

M. Le Bec a opéré un malade d'épithélioma de la langue après trachéotomie préalable. Le malade mourut de broncho-pneumonie, il était emphysémateux. M. Le Bec se demande si la trachéotomie n'a pas été pour quelque chose dans l'issue funeste de la maladie.

Paralysie labio-glosso-pharyngée. — M. Richardière a eu une malade atteinte de cette affection. Il passe en revue les diverses causes pathogéniques de la paralysie, et dans le cas cité démontre que le début brusque de la maladie a été causé par l'oblitération des artères bulbaires. (*Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1er décembre 1887.)

L. L.

L'angine couenneuse. Sa guérison par le chloral,
par le Dr Mercier.

Le succès du traitement repose non pas seulement sur l'emploi du chloral mais surtout sur son mode d'administration par petites doses, toutes les demi-heures, de manière à en imprégner la surface malade d'une façon constante.

On débute par un vomitif, puis on donne du sirop de chloral au vingtième par cuillerées, et des prises de 2, 3 ou 5 grammes, suivant l'âge des enfants.

Le chloral désagrège les fausses membranes après un temps très court ; ce traitement a permis d'obtenir quinze succès sur une centaine de cas. (Besançon, 1887.) J. Joal.

Epithélioma kystique adamantin du maxillaire supérieur, par M. Albarran.

L'auteur communique à la Société deux cas de kystes adamantins du sinus maxillaire. Dans le premier, la paroi du kyste était constituée par un revêtement épithélial adamantin complet doublé d'une couche de tissu conjonctif; dans le second, après de nombreuses récidives, un kyste du sinus s'était transformé en une tumeur épithéliale solide. Les masses épithéliales de cette dernière tumeur présentaient les caractères évolutifs des débris paradentaires. D'où l'auteur conclut que la théorie paradentaire prouvée pour certains kystes du maxillaire inférieur peut être appliquée aux kystes du sinus; il admet en outre que ces kystes peuvent se transformer en épithéliomas malins. M. Magitot dans ces deux cas ne voit que des tumeurs de voisinage ayant déplacé ou effacé le sinus et ne l'ayant nullement pénétré. En second lieu ils ne lui semblent point formés par des débris épithéliaux paradentaires, car on ne signale ni le point d'origine constaté ou présumé au voisinage d'une dent, ni les rapports de celle-ci avec la tumeur. Troisième remarque : ces kystes doivent, selon M. Albarran, être totalement extirpés; or M. Magitot est d'un avis complètement opposé, car il a radicalement guéri un grand nombre de kystes par le drainage seul. (*Soc. de Biol.*, 5-12 nov. ; *Sem. méd.*, 9-16 nov. 1887.) M. Natier.

De l'épithélioma primitif de l'amygdale, par le Dr Léon Dereco.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° L'amygdale peut être le siége d'épithéliomas qui envahissent ensuite l'arrière-bouche ;

2° Cet épithélioma est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Il se rencontre dans l'âge adulte et la vieillesse;

3° L'examen histologique a démontré qu'il appartenait à l'épithélioma pavimenteux, le plus fréquemment, parfois à l'épithélioma cylindrique;

4° Peut-être doit-on admettre des variétés d'épithéliomas de l'amygdale, analogues aux deux variétés d'épithéliomas de la langue : une variété interstitielle débutant par le centre

de l'organe, une variété superficielle qui débute par la muqueuse pharyngienne qui tapisse l'amygdale;

5° Au point de vue clinique l'épithélioma de l'amygdale se révèle par des signes fonctionnels et des signes physiques.

Les signes fonctionnels sont la douleur, la dysphagie, les altérations de la voix, celles de l'ouïe.

Les signes physiques sont reconnus par l'examen de la gorge et le toucher pharyngien; tantôt il existe une hypertrophie unilatérale de l'amygdale, tantôt une ulcération à fonds irréguliers tachetés de points rouges et de points jaunâtres, saignant facilement, à bords surélevés et indurés;

Cette lésion amygdalienne s'accompagne toujours d'une adénopathie qui a pour siége particulier l'angle du maxillaire inférieur ;

6° La marche de l'épithélioma de l'amygdale est progressive, et sa durée varie de quelques mois à plusieurs années : la terminaison est fatale ;

7° Le diagnostic devra être fait surtout avec les lésions syphilitiques de l'amygdale, le chancre induré en particulier, lequel offre avec l'épithélioma la plus grande ressemblance.

Pour étayer le diagnostic on devra avoir recours au traitement anti-syphilitique ;

8° Si la lésion est limitée, il faut en pratiquer l'extirpation totale. Si elle a envahi une grande partie de la langue et du voile du palais, l'hésitation est permise. Mais le chirurgien peut encore opérer, si la lésion n'est pas trop étendue et si les ganglions sont susceptibles d'être enlevés. (*Thèse de Paris*, 1887.) Dr J. Charazac.

Anesthésie par la cocaïne pendant les opérations dans la bouche, par le Dr Henri Schmitz, de Francfort-sur-Mein.

1° Une grenouillette énorme fut extirpée sans la moindre douleur après qu'on eût fait injecter dans la tumeur un gramme de dissolution de cocaïne (4 p. 100.)

2° Une femme, âgée de cinquante-trois ans, fut opérée d'un sarcome de la langue, après que l'on eût injecté 1 gr. 50 de la même dissolution de cocaïne.

3° Une femme syphilitique, âgée de trente-deux ans : on badigeonneait à différentes reprises et l'on injectait dans les environs du voile du palais la même dissolution de cocaïne; on pratiquait l'uranoplastie et la staphylloraphie, la malade ne ressentait aucune douleur.

L'auteur a employé le salicylate de cocaïne, il déconseille les dissolutions qui sont plus fortes que celles de 4 p. 100. (*Wiener med. Wochenchrift*, n° 39, 1887.)

Calcul salivaire (*Speichelstein*), par le Dr A. Murset, de Kappel.

Un commérobriste, âgé de quarante-cinq ans, se plaint depuis deux semaines de douleurs insupportables à la moitié droite de la face; les dents ne s'écartent que de 1 1/2 centimètre; les glandes sous-maxillaire et sublingale correspondantes enflées et douloureuses. Douleurs dans la bouche, langue immobile, impossibilité de mâcher. Dans la caroncule sublinguale, on aperçoit un point blanc, des antorcites; en élargissant avec le bistouri boutonné, on réussit à sortir un calcul dur, long de 2 centimètres, représentant tout à fait la forme d'une dent canine. L'engorgement simultané des deux glandes salivaires fait supposer que le corps étranger était placé dans la partie du canal qui est commune aux conduits de Warthon et de Bertholin. Le lendemain le malade était guéri. (*Correspon. deuzblatt für schweizer ärzte*, 1887, n° 17.)

VARIA

Extraction d'un corps étranger de l'œsophage,

Par le professeur Dubrueil.

Dans la *Gazette Hebdomadaire de Montpellier*, l'auteur rapporte un cas de corps étranger de l'œsophage dans lequel, après avoir facilement introduit dans le conduit le panier de Græffe, il éprouva la plus grande difficulté à le retirer. Il réussit toutefois à extraire, en même temps que le corps étranger, un os tranversalement placé dans la partie supérieure de l'œsophage au niveau du cricoïde. Aucun accident ne suivit l'extraction (*Le Courrier Méd.*, 6 novembre 1886).

Dr J. Ch.

Du traitement des rétrécissements de l'œsophage,
par le Dr F. Jouin.

L'auteur trouve singulièrement exagérées les conclusions d'une des cliniques de M. Potain, sur un cas de rétrécissement syphilitique de l'œsophage. Il n'adment pas non plus l'œsophagotomie interne préconisée par M. Le Dentu. Aussi, reprenant un des chapitres de sa thèse, M. F. Jouin démontre avec plusieurs observations à l'appui la supériorité de la *dilatation immédiate progressive.* Ce procédé est simple, facile, à la portée de tous les médecins.

L'instrumentation se compose :

1° De deux bougies conductrices ;

2° De trois dilatateurs.

1° *Bougies conductrices.* — Elles sont l'une et l'autre assez flexibles et très petites (n° 7 de la filière Charrière). La première a 6 centimètres de longueur et est destinée aux rétrécissements superficiels du rectum, de l'orifice antérieur du nez, etc. La sonde est assez longue (de 25 à 30 centimètres) et est destinée aux rétrécissements de l'œsophage et de l'arrière cavité des fosses nasales. Toutes deux portent à leur extrémité terminale l'ajutage métallique de la bougie du professeur Le Fort.

2° *Sondes dilatatrices.* — Au nombre de trois, elles sont coniques et construites avec des sondes œsophagiennes dans lesquelles on a introduit du petit plomb de chasse, ou une lame de plomb. Elles portent à leur extrémité un pas de vis qui s'adapte à l'ajutage métallique de la bougie conductrice. On les fixe les uns après les autres sur cette bougie, et on les passe dans le retrécissement auquel elles communiquent la dilatation que le chirurgien veut obtenir.

La sonde n° 1 présente à sa partie la plus large 7 mill. 1/3 (n° 22 de la filière Charrière), la deuxième 9 mill. 2/3 (n° 29) et la troisième 15 millimètres. Cette instrumentation est évidemment imparfaite, les dilatateurs sont trop peu nombreux. Cependant les succès obtenus ne prouvent que mieux la supériorité de la méthode. (*La Pratique Médicale* du 18 et 25 octobre 1887.)

L. Lacoarret.

Sur un cas de diphtérie avec manie (*Un caso di difteria maniaca*), par le Dr MONTEFUSCO.

Femme de trente-trois ans, recueillie dans l'hôpital Cotugno de Naples, ayant contracté la diphtérie en soignant des enfants qui en étaient atteints. Après quatre jours, la malade présenta des troubles psychiques se traduisant par de l'ideorrhée, du délire de la persécution, des grandeurs; en un mot, elle passa de l'état de mélancolie à la manie furieuse, etc., etc.

Ces symptômes persistèrent pendant quatre jours et furent suivis d'un abaissement constant de la température qui descendit parfois au-dessous de la normale. Après cela, les troubles psychiques cessèrent complètement, en même temps que s'amélioraient les phénomènes locaux de la diphtérie. La malade ne garda aucun souvenir de sa maladie et quitta l'hôpital parfaitement guérie.

L'A. rapporte le cas du Prof. Lombroso, unique jusqu'à présent, dans la littérature médicale. (*Archivii Italiani di Laringologia*, janvier 1887.) Dr CARDONE.

Du goître dépendant de la grossesse et de l'accouchement, par le Dr DE SOYRE.

On ne saurait nier, comme l'a soutenu récemment de Burine, que chez certaines femmes, qui pendant l'adolescence n'avaient rien présenté d'insolite, on peut noter, au moment de l'établissement de la menstruation ou à la première grossesse, ou dans le cours de grossesses subséquentes, la formation d'un goître plus ou moins volumineux. En outre il est certain que dans quelques cas, fort rares heureusement, la présence de cette tumeur a mis les jours de la malade en danger et même a déterminé la mort par suffocation.

De tous les moyens préconisés contre le goître, celui qui a donné les meilleurs résultats est la pratique des injections iodées.

Revue bibliographique faite d'après les travaux récents de De Burine, Duguet, Terrillon et Sebilleau. (*Archives Rhinologie*, 30 janvier 1887.)

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

9e Année. N° 6. 1er Juin 1888.

UN CAS DE CANCER DU LARYNX. — CONSIDÉRATIONS SUR LA LARYNGECTOMIE

Par le Dr J. CHARAZAC, de Toulouse (1).

Krishaber (2) considérait comme très rares les tumeurs malignes primitives du larynx; mais, même en nous plaçant à son point de vue et en ne désignant sous la dénomination de *cancer du larynx* que les tumeurs malignes de cet organe débutant primitivement par un point quelconque autre que la face aryténoïdienne, on a assez souvent l'occasion d'en observer des exemples. Aussi l'observation que j'ai l'honneur de vous soumettre n'aurait-elle par elle-même grand intérêt si elle ne nous permettait de soulever au sein de la Société de Laryngologie une question toute d'actualité : la question de la laryngectomie.

Observation. — M. X..., âgé de soixante ans, se présente dans mon cabinet le 1er octobre 1887. Depuis de longues années il était sujet à des enrouements fréquents qui survenaient surtout lorsqu'il fatiguait sa voix plus que de coutume, et qui avaient aussi probablement pour cause l'abus du tabac. Mais, depuis environ un an et demi, l'aphonie est devenue permanente et, sur le conseil de son médecin, le malade a suivi pour se soigner diverses stations thermales, Cauterets d'abord, puis Luchon, d'où il m'est adressé par mon excellent confrère et ami, M. le Dr Ferras.

Quand le malade se présente à mon examen, son état général est excellent, les forces et l'appétit sont conservés, le sommeil est bon, la respiration facile, la toux et l'expectoration sont nulles, l'haleine est forte, mais non fétide. En somme, la perte de la voix est le seul symptôme qui inquiète le malade; il éprouve cependant de légères douleurs lanci-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 avril 1888.

(2) Krishaber : Cancer du larynx. *Dictionnaire Encyclop. des sciences méd.*, 2e série, t. 1er, p. 770.

nantes qui se produisent surtout le soir et qui vont s'irradiant du côté droit du larynx à l'oreille correspondante.

M. X... n'a pas d'antécédents héréditaires ni morbides; marié jeune, sa conduite a toujours été austère; il nie la syphilis et ne présente d'ailleurs aucun signe pouvant faire songer à cette affection; notons en passant (1) que sa femme est morte depuis quelques années d'un cancer au sein. A l'auscultation, le cœur et les poumons sont absolument normaux. La voix, sans être absolument éteinte, est très altérée, le malade est obligé de faire un effort pour arriver à émettre un son.

A l'examen, le pharynx est sain, le larynx révèle les conditions suivantes : l'épiglotte et le côté gauche du larynx sont congestionnés et présentent les signes ordinaires de la laryngite chronique simple; à droite, l'aryténoïde et le repli ary-épiglottique sont normaux, mais au niveau de la corde vocale on constate une ulcération grisâtre, assez profonde, à fonds grisâtre et occupant le centre d'une tuméfaction qui a envahi la bande ventriculaire et qui retrécit de moitié l'orifice glottique. Il n'existe cependant pas, nous l'avons vu, de gêne respiratoire.

Les antécédents du malade, la marche et le siège de la lésion, son aspect, ne me permettaient guère d'admettre la syphilis, encore moins la tuberculose ; je portai donc le diagnostic, tumeur maligne du larynx, probablement de nature épithéliale; mais, sachant combien dans certains cas l'erreur est facile, je prescrivis par acquit de conscience le traitement spécifique : sirop de Gibert, deux cuillerées à bouche par jour et un traitement général tonique. Ce traitement fut suivi pendant quinze jours sans amener aucune amélioration.

Le 15 octobre, je fais cesser le sirop de Gibert, et je prescris des pulvérisations phéniquées, de l'arsenic à l'intérieur, du vin de quinquina.

Le 5 novembre, le malade se plaint d'éprouver depuis quel-

(1) On a décrit un microbe dans le cancer, et quelques rares auteurs croient à la contagion de cette maladie. Bien qu'une pareille théorie soit loin d'être démontrée, j'ai tenu à noter cette particularité dans le cas de mon malade.

ques jours un peu de gêne respiratoire, qui se manifeste surtout quand il se livre à un exercice un peu pénible; la douleur à la gorge, sans être considérable, est cependant plus marquée. Au laryngoscope, je constate ún léger accroissement de la tumeur dont une saillie lisse et d'un rouge vineux vient me cacher la partie ulcérée. Le malade rend de loin en loin des crachats striés de sang.

A partir de cette époque la gêne respiratoire s'accrut tous les jours en même temps que la tumeur envahissait le côté droit tout entier du larynx. Le dimanche, 18 décemhre, à la suite d'une course assez longue, un premier accès de suffocation se produisit qui dura un quart d'heure environ, mais la nuit suivante la respiration devient de plus en plus gênée, et je dus, au milieu de la nuit, me rendre à la maison de campagne du malade prêt à faire la trachéotomie. A mon arrivée, M. X... respire assez bien, et tout danger paraît provisoirement écarté. Dès ma première consultation, je l'avais prévenu de la probabilité d'une intervention chirurgicale prochaine; de nouveau, je lui annonce la nécessité d'intervenir bientôt.

Le 25, je revoie le malade en consultation avec MM. les Drs Ferras (de Luchon) et Cadène. On décide que le malade viendra habiter Toulouse où l'on pourra plus facilement lui donner les secours que pourrait nécessiter son état. Pendant toute la durée de janvier, la situation va s'aggravant. Le 4 février, l'examen du larynx révèle l'état suivant : le côté droit est envahi tout entier par une tumeur violacée, bourgeonnante, d'aspect muriforme. L'aryténoïde enfiltré ne fonctionne plus. A gauche, la corde vocale est érodée rouge, la muqueuse est légèrement œdématiée, mais ne paraît pas cependant envahie par le processus néoplasique, la respiration se fait de plus en plus mal, il existe un tirage permanent, la respiration est bruyante, la nuit surtout.

A partir du 10 février les accès de suffocation reparaissent assez fréquents sous l'influence de la cause la plus légère; la trachéotomie est décidée, j'expose encore une fois au malade la gravité de la situation et lui fais entrevoir la possibilité

d'une seconde opération destinée, après la trachéotomie, à tenter une cure radicale. Mais, ne voulant prendre sur moi seul la responsabilité d'une pareille décision, je fais venir de de Bordeaux M. Moure en consultation. M. Moure constate les lésions précédemment décrites, confirme mon diagnostic et se prononce avec M. Ferras et moi en faveur de la possibilité d'une extirpation du larynx.

Le 19 février, je pratique la trachéotomie assisté de MM. les Drs Moure, Ferras et Cadène. L'opération fut rapidement faite sans incidents. Les suites furent des plus simples, le malade n'eut pas de fièvre, un peu de trachéïte sans inflammation des bronches et, quelques jours après, il était debout.

Depuis cette époque j'ai pu constater à diverses reprises les progrès lents mais certains de la tumeur. Cependant, au point de vue général, le malade se trouve tout à fait bien.

Le sommeil est bon, l'appétit et les forces se maintiennent, le malade a vu son poids augmenter de trois kilos depuis l'ouverture de la trachée ; il se plaint toutefois d'accès de toux qui surviennent pendant les repas et qui sont dus au passage de parcelles d'aliments par le larynx, parcelles qui sont ensuite rejetées par la canule. L'examen laryngoscopique que j'ai pratiqué une dernière fois le 23 avril permet d'expliquer cet accident. L'infundibulum laryngé est rempli tout entier par la tumeur et soulève légèrement l'épiglotte encore saine et l'empêche de remplir son rôle obturateur pendant la déglutition. Il n'existe pas encore d'engorgement ganglionnaire.

Dans l'observation qui précède, nous avons cru pouvoir proposer au malade l'extirpation du larynx, sans lui cacher toutefois les dangers que pouvait lui faire courir cette opération. Si elle n'a pas été faite, cela tient à des raisons qui n'ont absolument rien de scientifique. Cependant, lorsqu'on parcourt la liste déjà longue des laryngectomies pratiquées jusqu'à ce jour, on est effrayé du nombre considérable de décès qui en sont la conséquence. En prenant pour base la statistique fort complète publiée

récemment par notre confrère, M. Baratoux (1), nous voyons qu'il a été fait jusqu'à ce jour cent cinquante-trois extirpations du larynx (2); sur ce nombre cent trente-cinq seulement ont été pratiquées pour des tumeurs malignes. Sur ces cent trente-cinq extirpations l'ablation totale a été faite quatre-vingt-dix-huit fois, avec soixante-seize morts et vingt-une guérisons; la résection partielle, soit totale, moins l'épiglotte, soit seulement partie du cartilage neuf fois, avec six morts et trois guérisons; l'ablation unilatérale vingt-huit fois avec quatorze morts et treize guérisons. Il résulte de ces chiffres que dans l'extirpation totale les deux tiers des opérés et la moitié dans l'extirpation partielle meurent à la suite de l'opération, et encore convient-il d'ajouter que parmi ceux qui échappent aux dangers inhérents à l'intervention chirurgicale, la moitié succombent dans les quatre ou cinq premiers mois qui suivent l'extirpation. De sorte que si l'on analyse les cas de guérisons, et en ne considérant comme réellement guéris que les malades qui ont obtenu une survie d'au moins un an, on constate que dix-huit opérés seulement sur cent trente-cinq ont retiré la laryngectomie un réel bénéfice.

La trachéotomie dans le cancer laryngé n'est qu'une opération palliative. « Elle donne cependant, ainsi que le fait observer Schwartz (3), des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par la laryngectomie, sans faire courir aux malades les dangers inhérents soit à l'extirpation totale soit à l'extirpation partielle du larynx. » Le tableau suivant emprunté au même auteur (4) nous permettra d'apprécier les résultats fournis par la trachéotomie.

(1) Baratoux. — De l'extirpation du larynx (*La Pratique Médicale*, 22 et 29 novembre 1887).

(2) En ajoutant à ce chiffre les deux malades de M. Moure, opérés par M. le professeur Demons, et la malade du professeur Caccіopoli, de Naples, nous arriverons au chiffre de cent cinquante-six opérés avec cinquante-une guérisons.

(3) Schwartz. — Des tumeurs du larynx, p. 284.

(4) *Ibid.*, p. 276.

Survie après la trachéotomie pour cancer du larynx :

Mort immédiate..................	3 fois.
0 à 1 jour.......................	3 —
1 à 2 jours......................	2 —
2 à 8 jours......................	5 —
15 jours à 1 mois...............	6 —
1 à 2 mois......................	6 —
2 à 6 mois......................	19 —
6 mois à 1 an...................	32 —
1 à 2 ans.......................	12 —
2 à 3 ans.......................	2 —
3 à 4 ans.......................	1 —
Quelques jours..................	3 —
Quelques mois...................	2 —

Comme on le voit par ce tableau, certains opérés ont pu vivre un an, quelquefois plusieurs années après la trachéotomie, et l'on peut en moyenne évaluer de six à huit mois la survie que l'on obtient par cette opération.

En présence de tels résultats on comprend facilement que certains laryngologistes, et non des moins expérimentés, Solis-Cohen, par exemple, se soient posés en adversaires résolus de la laryngectomie. Doit-on cependant la rejeter d'une manière absolue et s'en tenir toujours à la trachéotomie? Nous ne le pensons pas.

La trachéotomie est moins dangereuse, elle procure aux malades dans bien des cas une survie égale et même supérieure à celle fournie par la laryngectomie, mais elle ne les guérit pas. En outre, le bien-être relatif qu'ils éprouvent après l'ouverture de la trachée n'est le plus souvent que de courte durée. Le mal continue ses progrès, les douleurs s'accroissent, la déglutition devient de plus en plus pénible, et l'infortuné malade passe les derniers mois de sa vie dans une cruelle situation à laquelle pour beaucoup d'entre eux la mort peut paraître préférable.

En présence d'une pareille perspective et malgré les dangers de l'extirpation, nous croyons que le chirurgien est autorisé à la tenter dans certains cas. Elle peut en

effet réussir et permettre au malade de vivre quelquefois pendant des années dans des conditions très supportables. Je suis d'ailleurs persuadé que les statistiques iront s'améliorant à mesure que les chirurgiens, tenant un compte plus exact de la situation des malades, élimineront les cas défavorables et dans lesquels l'insuccès peut être considéré comme la règle pour s'en tenir à ceux qui présentent les chances les plus grandes de réussite. Tous les cas de cancer du larynx ne sont pas, en effet, justiciables de l'extirpation, et, lorsqu'on parcourt les observations publiées jusqu'à ce jour, on s'aperçoit que dans un bon nombre de cas l'intervention devait presque fatalement aboutir à un insuccès opératoire ou à une récidive prochaine.

Un certain nombre d'opérés avaient plus de soixante-dix ans; deux d'entre eux ont survécu quelques mois, les autres sont morts dans les trois ou quatre jours qui ont suivi l'opération.

Aussi croyons-nous qu'à moins d'avoir affaire à des sujets d'une vigueur exceptionnelle, on devra, dans les cas de ce genre, se contenter de pratiquer la trachéotomie. A cet âge en effet, qui confine à l'extrême vieillesse, l'organisme d'ordinaire n'a plus la force de réaction suffisante pour supporter une opération de cette gravité. Les complications pulmonaires qui accompagnent si souvent la laryngectomie sont plus fréquentes et plus graves chez le vieillard.

Dans d'autres cas, les opérés, sans être aussi âgés, étaient très affaiblis lors de l'extirpation, par le manque d'air consécutif à la sténose laryngée qui s'était progressivement établie et durait parfois depuis longtemps.

Quant à la récidive. elle était à prévoir dans bien des cas, soit parce qu'il existait de l'infiltration ganglionnaire, et l'on sait cependant combien elle est tardive dans le cancer du larynx, soit en raison de la situation du néoplasme.

L'extirpation ne présente en effet de chances sérieuses

de succès que lorsque la tumeur est exactement limitée à l'intérieur du larynx et lorsqu'elle n'a pas franchi la cuirasse protectrice qui lui est fournie par le cartilage du larynx. A ce point de vue nous partageons pleinement les idées de Butlin (1) : « Le cancer extrinsèque du larynx, » dit-il, celui qui naît à la limite des voies digestives, est » de tous le plus mauvais : il atteint les ganglions, et » quelquefois de bonne heure il s'infiltre profondément » et s'étend assez rapidement ; contre lui l'extirpation du » larynx est pour ainsi dire frappée d'insuccès, la récidive » est donc presque certaine, laissant de côté toute ques- » tion opératoire. Quant au cancer intrinsèque, il est » moins grave, il diffuse plus lentement, il envahit bien » plus rarement les glandes lymphatiques. De plus il est » assez souvent localisé à la moitié de l'organe. Dans » ces conditions l'extirpation partielle ou totale est per- » mise ; elle est contre-indiquée si les ganglions sont » pris et si la maladie a franchi les limites cartilagi- » neuses. »

L'extirpation partielle donne des résultats bien supérieurs à ceux obtenus par l'ablation totale ; de plus, la récidive n'est pas plus fréquente dans le premier cas que dans le second. Aussi est-il fort important d'établir de bonne heure le diagnostic de la maladie, d'autant plus que l'intervention aura des chances d'autant plus grandes de réussir que le malade sera moins affaibli.

L'examen du larynx pratiqué par un laryngoscopiste expérimenté *permettra dans la plupart* des cas d'arriver à un diagnostic précis. Le plus souvent le cancer débute dans le larynx par un gonflement irrégulier, mal défini, siégeant sur l'un des côtés de l'organe, le plus souvent sur la bande ventriculaire ou sur la corde vocale. La tumeur reste longtemps limitée à la partie primitivement atteinte et ne gagne que lentement les parties voisines. C'est à cette période que la laryngectomie partielle

(1) Cité par Schwartz, *loc. cit.*, p. 264.

peut être tentée avec les chances les plus grandes de succès. Plus tard le néoplasme s'ulcère, envahit la région aryténoïdienne, tout en restant limitée à un côté de l'organe; l'intervention est encore possible, mais il faut pratiquer l'extirpation totale. A cette période de l'évolution de la maladie, le diagnostic est encore plus facile qu'au début. D'ailleurs à l'une ou l'autre de ces deux phases du cancer laryngé, la syphilis est la seule maladie avec laquelle on puisse facilement le confondre. On devra donc toujours se conformer à cette règle posée par Morell-Mackenzie : « On ne doit jamais affirmer qu'un malade est atteint de cancer avant de lui avoir fait suivre un traitement antisyphilitique destiné à lever tous les doutes. »

Dans ces conditions le diagnostic étant porté de bonne heure, l'intervention, si elle est acceptée, aura beaucoup plus de chance de succès, et la laryngectomie, nous en sommes convaincus, tout en restant une opération des plus graves, pourra entrer dans la pratique chirurgicale ordinaire.

REMARQUES SUR CERTAINES OBSTRUCTIONS NASALES

par le Dr **E. MIOT** (Suite et fin) (1).

Pile. — A la tête plus que dans toute autre région, il faut rejeter de la pratique les piles à grande tension à cause de l'ébranlement trop violent des centres nerveux. Tous les instruments de ce genre, dont la tension est la plus faible, sont donc ceux que l'on doit choisir de préférence.

On peut, du reste, diminuer la tension d'une manière très sensible, la rendre même très faible en rapprochant l'un de l'autre les points d'application des deux électro-

(1) Voir *Revue*, nº 5, mai 1888.
Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 octobre 1887.

des et en les plaçant sur des tissus meilleurs conducteurs que la peau, comme la muqueuse ou l'intérieur des tissus.

Les piles dont nous nous sommes servi pour nos divers essais de galvano-caustique chimique sont les éléments Leclanché, les petits éléments Grenet et enfin la pile au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc de Gaiffe.

La pile doit être munie d'un collecteur destiné à augmenter le nombre des éléments un à un et d'un galvanomètre d'intensité, bien gradué, comme celui de Gaiffe, qui est généralement regardé comme le meilleur. Ce galvanomètre est indépendant de la pile ou en fait partie.

Choix des pôles. — Depuis les expériences de Volta, on sait que quand on fait passer un courant dans de l'eau pure, celle-ci est décomposée : l'oxygène se porte au pôle positif, — et l'hydrogène au pôle négatif. — En agissant sur un liquide salin, les acides sont attirés vers le pôle positif, et les bases s'accumulent au contraire au pôle négatif. Il était tout naturel de voir cette action, décomposante et appelée en chimie : électrolytique, utilisée bientôt en chirurgie. Ce fut en 1807 qu'Humphry Davy se servit, le premier, de la pile pour décomposer les tissus animaux, et Fabré-Palaprat qui fit la première application chirurgicale.

Dans ses recherches sur l'élimination des virus, Pravaz découvrit l'effet coagulant du courant électrique sur le liquide sanguin. Guérad pensa que cette découverte pouvait être appliquée à la cure des anévrysmes, et elle fut utilisée par Pétrequin, Ciniselli, Anderson, Charlton, Bastian, Brown, Frantz Fisher, Bowditch, Dujardin-Beaumetz, Proust, Ball, Bernutz, etc.

En 1841 seulement, Crussel, de Saint-Pétersbourg, démontra l'effet destructif du pôle négatif dans le traitement des tumeurs. Nélaton conseilla de se servir des effets chimiques des piles pour la destruction des tumeurs

vasculaires ou profondément situées et, en particulier, des polypes naso-pharyngiens. Depuis cette époque Broca, Julius Althaus, Cutter, Rodolpho-Rodolli, Maringel, E. Cyon, Golding-Bird, Tripier, A. Lefort, Brown, Kimbal, G. Thomas, Monoyer, Semeleder, Aimé Martin, Chéron, Gallard, Apostoli, et dans ces derniers temps Garrigou-Désarènes, Baratoux, Gellé, Brocq..., etc., ont prouvé l'action bienfaisante de la galvano-caustique chimique dans un grand nombre d'affections.

D'après les recherches de A. Tripier, le pôle positif est dit coagulant ; il produit une cautérisation acide ou positive donnant une eschare dure et sèche déterminant la formation d'une cicatrice rétractile. Le pôle négatif donne, au contraire, une cicatrice molle, peu rétractile. Ce dernier agit en outre avec plus d'énergie que le pôle positif pour produire la dénutrition des tissus. Voilà pourquoi nous avons opéré sur la cloison avec le pôle négatif pour obtenir un effet maximum, tandis que nous nous sommes servi du pôle positif quand nous avons craint d'avoir une hémorrhagie de quelque importance.

L'électrode positive doit être terminée par une plaque large de métal ou de charbon, recouverte d'une étoffe épaisse ou de peau de chamois, ou de terre glaise (Apostoli), ou de gélatine, pour éviter la douleur résultant d'une action chimique. Elle peut encore avoir la forme d'une tige métallique entourée d'une couche suffisante de terre glaise ou de gélatine ayant la forme d'une masse allongée, un peu aplatie, que l'on assujettit dans la fosse nasale opposée à celle dans laquelle on opère. Dans certains cas, c'est une aiguille semblable à celle du pôle négatif et destinée à être introduite dans les tissus pathologiques à côté de l'aiguille négative. Quelle que soit la matière placée sur l'électrode, elle doit être humide, afin d'opposer le moins de résistance possible au courant et de bien imbiber l'épiderme. Aussi faut-il appliquer cette électrode sur une région où la couche épidermique est mince comme à l'avant-bras, au

cou, etc. Mais il est préférable de l'introduire dans la fosse nasale toutes les fois que l'intensité du courant n'est pas trop élevée.

L'électrode négative, ou positive suivant les cas, a une forme différente avec le but que nous nous proposons. Pour agir sur les cornets et même sur la cloison, nous lui donnons la forme d'une lame métallique (L, *fig. 6*),

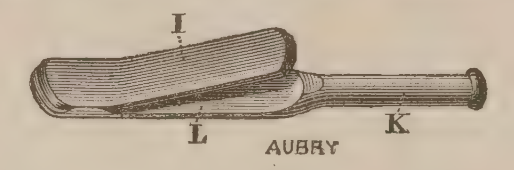


Fig. 6.

L, lame métallique ; — K, borne ; — I, lame isolante faisant ressort.

plane ou recourbée en gouttière, munie d'une borne recouverte d'un tube en caoutchouc et destinée à recevoir le fil de la pile. A l'extrémité opposée à la borne est fixée une plaque en baleine ou autre matière isolante I, faisant ressort. Ces deux lames étant réunies à angle aigu et assez éloignées l'une de l'autre à leur extrémité opposée, il en résulte que leur introduction dans les fosses nasales est facile et qu'elles s'appliquent avec assez de force contre deux surfaces opposées pour se maintenir où on les a placées.

Les lames métalliques planes sont plutôt destinées aux surfaces régulières, et les lames en gouttière sont réservées aux cornets, principalement au cornet inférieur. Ces plaques diffèrent donc en tous points de celles qui ont été construites jusqu'ici.

A ces lames nous préférons les aiguilles A, B, C, D, (*fig.* 7), toutes les fois que nous voulons agir sur une tumeur quelconque, et nous les enfonçons plus ou moins profondément dans les tissus. Ces aiguilles sont en acier ou en platine. Elles sont coudées sous un angle de 140° environ comme en B, ou recourbées comme en A, pour être introduites plus facilement et sont tenues à la main ou assujetties au spéculum. Les aiguilles en acier

sont trempées, excepté au niveau de l'angle et des parties voisines, afin que l'on puisse modifier leur courbure à volonté. Toutes sont recouvertes d'un enduit isolant, si ce n'est sur une longueur de 2 ou 3 centimètres environ à leur extrémité piquante. L'extrémité opposée à la pointe est terminée par une borne K. Au lieu d'une ai-

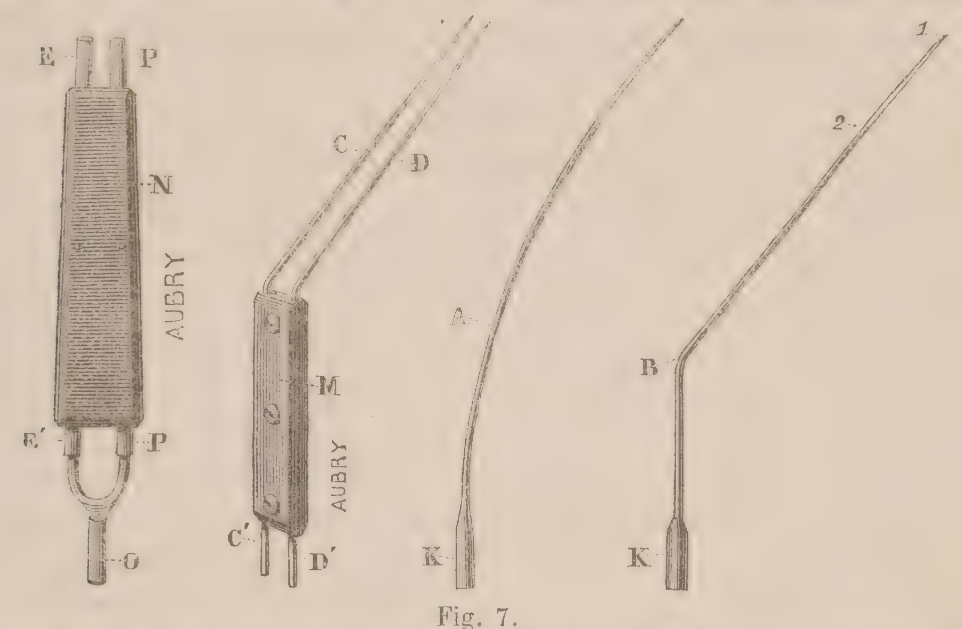


Fig. 7.

A, aiguille courbe. — B, aiguille coudée. — CD, aiguilles jumelles. — K, borne pour le fil de la pile. — M, matière isolante.

guille on peut en employer deux, CD, comme l'indique la figure ou plusieurs. Ces aiguilles sont séparées l'une de l'autre par la matière isolante, M, et peuvent être assujetties au manche, N, disposé de telle sorte qu'on peut à volonté faire aboutir un pôle à chaque aiguille ou un seul pôle aux deux aiguilles en enlevant ou en mettant la borne O. Nous nous servons aussi de manches pouvant recevoir plusieurs aiguilles.

L'opérateur est assis et placé en face ou à gauche du malade, la lampe située derrière la tête du patient ou un peu à sa gauche, afin que les rayons lumineux frappent le moins obliquement possible le miroir réflecteur.

Après avoir assujetti l'électrode positive, très exceptionnellement l'électrode négative au point d'élection, il n'y a plus qu'à éclairer suffisamment les points sur les-

quels on veut opérer, afin de pouvoir y assujettir la plaque ou les aiguilles.

L'opéré est placé dans la position assise ou couchée, la tête maintenue par un aide ou appuyée contre un coussin. Il peut être à jeun, mais il vaut mieux qu'il ait pris un léger repas depuis 3 ou 4 heures.

Il est préférable de ne pas opérer la femme au moment de ses époques, afin de ne pas déterminer des troubles vaso-moteurs dépendant de l'utérus. Deux de nos malades sont devenues enceintes pendant le cours du traitement. Leur grossesse n'a pas été influencée par le courant électrique, mais leur excitabilité nerveuse pendant et après les séances a été telle que nous avons été obligé de cesser le traitement. Au quatrième mois, une de nos malades a supporté les courants sans inconvénient.

Pour rendre l'opération moins douloureuse, on peut imbiber suffisamment avec une solution de cocaïne les points sur lesquels on veut agir. Le badigeonnage est pratiqué deux fois à deux minutes d'intervalle, et la séance de galvano-caustique est commencée trois minutes après le second badigeonnage. Mais l'opération peut être faite sans anesthésie préalable, puisqu'elle est bien supportée sans cette précaution, ainsi qu'on le verra en lisant les observations.

Procédés opératoires. — 1er Procédé. — A l'exemple des praticiens qui emploient des plaques métalliques pour traiter par la galvano-caustique chimique les diverses rhinites, nous nous sommes servi aussi de lames en métal ayant la disposition indiquée précédemment pour agir sur les épaississements de la cloison.

On saisit chacune de ces plaques par la borne et on l'introduit de manière à la faire correspondre aux surfaces sur lesquelles on veut agir, en ayant soin de ne pas appuyer ses bords contre les tissus sains. Après avoir constaté leur faible action, nous les avons remplacées par des aiguilles.

2e *Procédé*. — Il n'a jamais été employé avant nous pour faire disparaître les épaississements dont nous parlons.

L'aiguille tenue à la main ou fixée à un manche est introduite dans la cloison, parallèlement à cette dernière, jusqu'à ce qu'on ait traversé la plus grande partie de la masse saillante ou même toute cette masse d'avant en arrière.

Quand on opère avec deux aiguilles, il est inutile et même nuisible de les rapprocher trop l'une de l'autre, puisque la sphère d'action de chaque aiguille ne comprend pas seulement les parties touchées par les aiguilles, mais s'étend à une distance variable avec l'intensité du courant.

L'opération terminée sur un point, on peut, séance tenante, la recommencer sur un autre assez éloigné du premier, ou attendre un certain nombre de jours avant de pratiquer une nouvelle galvano-puncture.

Durée du courant. — Nous avons fait à nos malades des applications de courant pendant un temps variable, et nous avons constaté que six à dix minutes suffisaient pour obtenir le résultat cherché. Nous nous sommes demandé si nous obtiendrions le même résultat en en augmentant la durée et en en diminuant l'intensité, et réciproquement. Mais nous avons remarqué, comme Apostoli au sujet de l'utérus, que l'effet obtenu était peu appréciable avec un courant prolongé et faible, tandis qu'il était en rapport direct avec l'intensité du courant.

Action du courant. — On doit distinguer celle qui se produit pendant le passage du courant, c'est-à-dire l'action immédiate et les changements qui surviennent après l'opération, c'est-à-dire l'action médiate ou consécutive.

Action immédiate. — Malgré que nous ayons eu recours dans quelques cas à l'anesthésie locale avec la cocaïne, la douleur a été assez vive mais supportable d'une manière générale. A 15 milli-ampères et au-dessus le ma-

lade ressent une douleur qui s'irradie, par ordre de fréquence, aux régions sous-orbitaire, malaire, aux dernières molaires inférieures, aux dernières molaires supérieures et aux incisives supérieures. Il y a de plus du larmoiement de l'œil du côté opéré, des phosphènes, une saveur métallique, une sécrétion abondante de salive et de mucus nasal, des envies d'éternuer et des éternuements. Ces symptômes disparaissent pour ainsi dire toujours avec le courant.

Autour de chaque aiguille, on voit pendant le passage du courant la muqueuse ou la peau devenir très pâle par suite de la contraction des vaisseaux, de telle sorte qu'il existe une aréole plus ou moins régulière, d'un rouge très pâle sur la muqueuse, d'un jaune tendre sur la peau bien distincte des tissus voisins. Avec une intensité de 18 milli-ampères par exemple, l'aréole a une largeur de 12 à 15 millimètres sur la muqueuse de la cloison et à peu près la même étendue à la peau.

Au niveau de l'aiguille négative, on voit des bulles nombreuses de gaz se dégager et former une mousse blanche, parfois sanguinolente, remplissant la fosse nasale.

Les aiguilles, fichées et immobilisées dans les tissus, ne tardent pas à glisser facilement dans le trajet qu'elles y ont creusé et l'on aperçoit une dépression au point d'émergence des aiguilles, de telle sorte que, quand on a enlevé ces dernières, on voit à la place qu'elles occupaient une ouverture en infundibulum ayant trois à quatre fois la largeur de l'aiguille et provenant de la destruction de ces tissus en ces points. Cette ouverture est proportionnelle à l'intensité du courant ; on voit souvent s'échapper un peu de sang de celle qui a été faite avec l'aiguille négative, tandis qu'il s'en écoule en moins grande abondance et beaucoup moins fréquemment de la plaie positive.

Action médiate ou consécutive. — Les douleurs causées par le courant disparaissent ordinairement avec lui ou peu de temps après lui. Nous les avons vues cependant

persister chez deux malades pendant plusieurs jours avec une grande violence après l'action d'un courant ayant une intensité de 30 milli-ampères.

Après la galvano-puncture, l'aréole se colore en rouge vif, ainsi que toutes les parties voisines. Et l'on voit même la région, dans une certaine étendue, rester plus colorée qu'avant le traitement galvanique. Cette suractivité circulatoire augmente considérablement la résorption des tissus, mais elle devient nuisible si elle est trop vive. Voilà pourquoi il nous semble nécessaire de ne pas trop rapprocher les séances, afin de laisser diminuer la congestion, et de les rendre d'autant moins fréquentes que celle-ci est plus vive.

La perte de substance à surface rouge, sanguinolente, s'agrandit encore après la galvano-puncture et prend des dimensions en rapport avec l'intensité du courant et la nature des tissus. Ainsi nous avons vu se produire dans la cloison une perte de substance en forme de sillon, (2, *fig. 4)*, de 5 millimètres de profondeur et de largeur, à la suite d'une galvano-puncture pratiquée pendant 10 minutes avec une aiguille n'ayant qu'un millimètre d'épaisseur et un courant de 21 à 23 milli-ampères en moyenne. Cette perte de substance se couvre de bourgeons charnus et se cicatrise peu à peu.

Les parties voisines des pertes de substance deviennent le siège d'une congestion assez vive et subissent un retrait considérable dépendant d'une action atrophique bien distincte de l'action électro-chimique. Ces modifications de nutrition se prolongent pendant plusieurs jours, Voilà pourquoi il faut attendre que tout l'effet sur les tissus se soit produit avant de pratiquer une nouvelle opération.

Intervalles entre les opérations. — D'après ce que nous venons de dire, les séances de galvano-puncture doivent être séparées par un certain intervalle de temps qui varie avec la région sur laquelle on opère et doit être de 10 à 15 jours pour la cloison.

Nombre des séances. — En fichant 3 ou 4 ou 5 aiguilles dans toute l'étendue de la partie exubérante de la cloison, il est facile d'en obtenir la destruction en une séance et de rendre absolument libre la fosse nasale; mais en agissant ainsi, on court le risque de produire la destruction de la lame cartilagineuse de la cloison. Il vaut donc mieux opérer avec deux aiguilles, même avec une seule, et obtenir le même résultat en trois ou quatre séances.

Conclusions. — Les procédés chirurgicaux ont une grande efficacité en ce sens qu'ils permettent d'agir comme on le veut sur les diverses parties épaissies. Mais ils exigent une certaine habileté opératoire, et inspirent de la crainte aux malades. Plusieurs d'entre eux ont le grave inconvénient de laisser des cicatrices visibles comme chez le malade de l'observ. III.

La dilatation exige un certain temps, est douloureuse, produit de la rhinite et ne donne qu'un résultat partiel dans la plupart des cas.

La cautérisation, faite avec des caustiques et surtout avec le galvano-cautère thermique, exerce une action sur ces néoplasmes. Mais elle a l'inconvénient de causer une inflammation vive des tissus susceptible de s'étendre à la cloison et d'en produire l'élimination plus ou moins étendue.

La galvano-puncture est bien supérieure aux modes de traitement indiqués ci-dessus, ainsi qu'à la galvano-caustique chimique ordinaire. C'est un moyen d'une application facile, d'une très grande efficacité, dont l'action se fait sentir pendant plusieurs jours. Il n'offre pas d'inconvénients, a l'avantage de ne déterminer aucune cicatrice visible, de ne pas effrayer les malades, et d'obtenir avec la plus grande facilité le rétablissement complet de la respiration nasale.

Obs. I (1). — *7 juin 1886.* — Mlle L..., âgée de neuf ans

(1) Tous ces malades ont été opérés avec l'aide de mon chef de clinique, M. Pottier, qui a pris une partie des observations.

et demi, assez petite pour son âge, à tissus flasques et pâles, vient à ma clinique, parce qu'elle ronfle en dormant et éprouve la plupart du temps beaucoup de difficulté à respirer par le nez. Depuis l'âge de deux ans, elle est ainsi et se plaint de plus d'être obligée de se moucher fréquemment. Elle n'a pas d'anosmie.

La fosse nasale gauche est réduite à l'état de fente très étroite, remplie de mucosités et laissant passer très difficilement l'air pendant l'inspiration et l'expiration fortes. La fosse nasale droite est assez perméable à l'air.

La cloison forme, du côté gauche, dans ses parties inféro-

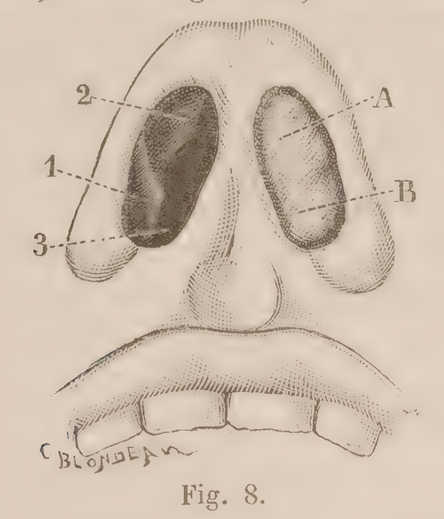


Fig. 8.

antérieures, une tumeur convexe, A B (*fig. 8*), mamelonnée, qui arrive presque au niveau du méat nasal antérieur et touche l'aile du nez. Pour voir la tumeur dans une étendue plus grande et avoir une idée de ses dimensions, on est obligé de se servir d'un spéculum et d'un stylet recourbé en crochet, de manière à accrocher en haut et en arrière le bord de la tumeur. Il n'y a plus alors qu'à mesurer la longueur de tige qui a pénétré dans la fosse nasale. C'est ainsi que nous avons pu nous assurer que la partie supérieure du bord postérieur de la tumeur se terminait à vingt-cinq millimètres environ au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur, et que ce bord, à sa partie moyenne, était situé à deux centimètres en arrière de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur. (La tête de la malade, pendant ces mensurations, est

très inclinée en arrière.) La muqueuse recouvrant la tumeur est humide, d'un beau rouge tendre, et se congestionne facilement, si ce n'est dans les parties les plus inférieures, les plus exposées à l'air, où elle est un peu sèche, comme gercée, et d'une couleur rouge passée.

Cette tumeur se continue directement avec la cloison et n'est point pédiculée. Elle est ferme, élastique au toucher et cède un peu, ainsi que la cloison, au doigt qui la presse fortement de gauche à droite. En la piquant avec un stylet fin et acéré, on constate qu'elle se laisse pénétrer assez facilement et donne une sensation demi-résistante, comme cartilagineuse.

La fosse nasale droite aurait des dimensions suffisantes, si elle n'était pas rétrécie par le cornet inférieur. La face droite de la cloison, au niveau de la tumeur, est légèrement convexe, de telle sorte que la cloison, dans ses parties inféro-antérieures, a une épaisseur transversale maximum de 18 millimètres. Le cornet inférieur droit, volumineux, touche la cloison. La muqueuse, assez colorée, sécrète une assez grande quantité de mucosités; celle du cornet inférieur est particulièrement rouge et épaisse.

Traitement général fortement ioduré.

6 juillet. — On fait de la galvano-caustique chimique en appliquant une plaque métallique sur la plus grande partie de la tumeur.

Intensité : 15 milli-ampères, dix minutes. *Traitement consécutif;* solution boriquée au trente-cinquième, à aspirer tiède par le nez.

10 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 6 minutes.

20 juillet. — Galvano-caustique, 15 milli-ampères, 7 minutes.

22 juillet. — Muqueuse très tuméfiée, sanguinolente. Attouchement avec une solution de cocaïne à 1/15.

24 juillet. — Attouchement de la muqueuse avec la solution de cocaïne.

5 août. — La tumeur ne paraissant pas diminuer d'une manière sensible, nous avons recours à la galvano-puncture.

Parallèlement à la cloison, nous enfonçons dans la tumeur, A B les deux aiguilles, C D (*fig.* 7), communiquant avec les pôle négatif. Intensité : 15 milli-ampères ; durée 6 minutes.

On imbibe préalablement la muqueuse nasale avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/20.

9 août. — La tumeur a diminué de moitié environ. La muqueuse est congestionnée, non sanguinolente. Même pansement.

12 août. — Moins de congestion de la muqueuse, même pansement.

17 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles négatives. Intensité : 16 milli-ampères, 8 minutes; une céphalalgie frontale le jour de l'opération .Même pansement.

23 août. — Galvano-puncture à deux aiguilles, 16 milli-ampères, 40 minutes.

24 août. — La malade se mouche assez souvent. La muqueuse nasale est congestionnée et sécrète plus que d'habitude. Au niveau des points piqués il y a une petite croûte grisâtre.

28 août. — La cloison, dans tous les points occupés par la tumeur, est à peu près plane. On voit seulement à 15 millimètres en arrière du bord postérieur du méat nasal antérieur deux ou trois petits mamelons qui sont les vestiges de la tumeur. La fosse-nasale est pour ainsi dire normale. La respiration nasale est libre. La malade ne ronfle plus. Le cornet inférieur gauche est petit, comme aplati contre la paroi externe.

23 septembre, 12 octobre. — La guérison se maintient.

17 avril 1888. — La guérison est parfaite.

Obs. II. — *27 février.* — M. X..., vingt-quatre ans, cultivateur, a les tissus flasques et peu colorés, quoique jouissant d'une excellente santé. Il a remarqué, dès son jeune âge, une difficulté de plus en plus grande à respirer de la narine droite. A mesure que la respiration nasale est devenue plus difficile, le nez tout entier s'est dévié de telle sorte, que sa partie moyenne forme une voussure prononcée à droite, tandis

que son extrémité est tournée du côté gauche. Ce malade dort la bouche ouverte, ronfle en dormant, et a la gorge sèche, le matin.

Il y a un mois, on lui a incisé la lèvre supérieure sur la ligne médiane et on lui a extrait une incisive supérieure dans le but de pénétrer plus facilement dans la fosse nasale droite afin d'en enlever une tumeur, mais on n'a pas terminé l'opération, et l'on s'est contenté de réunir les lèvres de la plaie. En l'interrogeant, il dit avoir fait une chute sur le front, mais ne se souvient pas d'avoir reçu de coups sur le nez ni d'avoir eu d'hémorrhagies nasales.

Il n'y a pas d'anosmie à gauche; mais elle existe à droite, la fosse nasale étant imperméable.

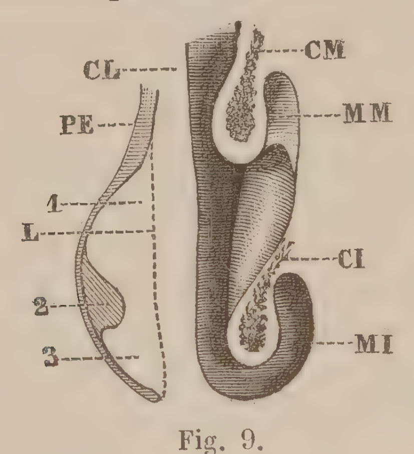


Fig. 9.

L'inspiration et l'expiration par la narine gauche sont faciles, mais sont à peu près impossibles à droite; cependant le malade parvient aujourd'hui, après de grands efforts, à faire passer un peu d'air par cette fosse nasale.

La fosse nasale droite est obstruée à l'union de son tiers antérieur avec ses 2/3 postérieurs par la cloison CL (*fig 9*), ayant un épaississement de 21 millimètres et formant une convexité si grande qu'elle touche la paroi externe et ne permet pas de voir les parties situées en arrière du rétrécissement. La muqueuse qui la tapisse a une surface peu humide, lisse, d'un rouge clair.

La face gauche de la cloison est un peu convexe dans les parties correspondant à la tumeur. Elle est, au contraire, un

peu concave dans ses parties postérieures, de telle sorte qu'elle représente d'avant en arrière une *S* italique.

La muqueuse nasale de la fosse nasale droite dans les parties visibles est à peine humide, rougeâtre. Celle du pharynx nasal est humide et sécrète un liquide muco-purulent ayant une odeur fade.

Après avoir assujetti le pôle positif sur la partie postéro-latérale droite du cou, on enfonce, parallèlement à la cloison, une aiguille sur une longueur de 2 centimètres dans la partie la plus convexe. Intensité : 14 milli-ampères pendant deux minutes. Douleur locale assez vive. On augmente peu à peu le courant jusqu'à 26 milli-ampères. Douleur en picottements. Sensations lumineuses sans douleurs dans l'œil droit. Salivation abondante.

Au bout de six minutes, on diminue l'intensité du courant jusqu'à 20 milli-ampères pendant deux minutes. Immédiatement après l'opération qui a duré dix minutes, les douleurs cessent.

L'aiguille retirée et les bulles de gaz enlevées, on aperçoit une solution de continuité, plus large que l'aiguille, à contours plus rouges que le reste de la cloison. Le malade ayant quitté la clinique sans nous prévenir a recommencé, le lendemain, ses travaux habituels, sans prendre aucune précaution.

5 mars. — Le malade n'a rien ressenti depuis le 27 février. Il respire si bien de la fosse nasale droite qu'il se croit guéri.

La solution de continuité, 2, est profonde et large. Après avoir enlevé les liquides sécrétés, renfermés dans les parties antérieures de la fosse nasale droite, et n'ayant pas le temps d'opérer ce malade, aujourd'hui, on place un cône de coton enduit avec de la glycérine iodée que le malade gardera pendant une heure.

12 mars. — Deux jours après la première séance, les glandes sous-maxillaires se sont engorgées. La droite est de la grosseur d'une forte noisette, la gauche est moins volumineuse.

La respiration nasale est si facile, que les inspirations et les expirations sont pour ainsi dire normales.

La solution de continuité, 2, est assez vaste et permet de constater que la convexité de la cloison s'arrête brusquement dans des points qui paraissent être situés au niveau des bords postérieurs du cartilage quadrangulaire. Le bord postérieur de cette saillie, dans sa partie supérieure, est situé à 45 millimètres en arrière et un peu au-dessus de l'extrémité antérieure du méat nasal antérieur; dans sa partie inféro-moyenne, il est à 30 millimètres de l'extrémité postérieure du méat nasal antérieur.

Galvano-puncture. — On traverse la partie, 1, de la tumeur avec deux aiguilles négatives, distantes l'une de l'autre de 6 millimètres. Durée du courant : 5 minutes. Intensité : 25 milli-ampères. Douleur locale assez vive. Douleur sous-orbitaire. Phosphènes, salivation. Il se dégage une telle quantité de gaz, que celui-ci remplit la fosse nasale sous la forme d'une mousse blanche et s'échappe au dehors pour s'étaler sur les lèvres.

19 mars. — La respiration est très libre. Les inspirations et les expirations sont aussi faciles que de l'autre côté.

La cloison est à peu près plane, excepté en haut où il existe encore une partie de la tumeur.

26 mars. — galvano-puncture. — Deux aiguilles négatives dans la partie restante de la tumeur 3.

19 avril. — La tumeur n'existe plus. Le cornet inférieur droit est petit, pour ainsi dire aplati contre la paroi externe. La respiration nasale est libre. Il n'y a plus d'anosmie.

Le nez est tellement redressé qu'il est à peu près droit.

Rem. — Nous nous abstiendrons de donner un plus grand nombre d'observations, afin de ne pas nous exposer à des redites fastidieuses. Sur dix malades opérés, nous avons eu dix guérisons.

SUR LE TRAITEMENT DES OBSTRUCTIONS DE LA TROMPE

Par M. le Dr **Ferdinand SUAREZ de MENDOZA** (d'Angers) (1).

Le gonflement de la muqueuse de la trompe avec ou sans rétrécissement proprement dit est le plus souvent la cause des obstructions de ce conduit.

Les moyens employés pour combattre cet important état morbide, facteur des plus communs de la surdité (insufflations, cathétérisme, injections médicamenteuses, bougies et galvanocaustie chimique) ont été déjà étudiés par bon nombre d'auristes célèbres; aussi il n'est pas dans ma pensée d'abuser de vos précieux instants en vous répétant ce qui est déjà publié par d'autres, et partant connu de nous tous; je désire seulement vous communiquer les modifications qui, apportées par moi aux moyens précités, m'ont rendu service dans quelques cas rebelles d'obstruction du canal tubaire.

Dans l'engouement de la trompe qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, il arrive quelquefois que, malgré le passage de la bougie, le gonflement de la muqueuse est assez considérable pour reprendre aussitôt la bougie enlevée, la place occupée par celle-ci et empêcher l'air d'arriver dans la caisse.

Plusieurs fois dans ce cas, après avoir essayé en vain de faire passer par la trompe des vapeurs ou des solutions médicamenteuses, je me suis bien trouvé de la combinaison du procédé de Politzer et du cathétérisme. Voici comment je procède. Après avoir placé le cathéter et fixé dans sa partie conique l'ajutage qui le met en communication avec un des ballons de l'appareil de M. Miot, je donne au malade un verre d'eau et un chalumeau et lui conseille d'aspirer à l'aide de celui-ci, pendant que le ballon de caoutchouc se remplit d'air, l'eau

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

contenue dans le verre, et d'avaler au moment où, mon ballon rempli d'air, je contracte la main pour chasser celui-ci dans l'appareil.

Le malade fait vite son apprentissage et, sans qu'il soit nécessaire de l'avertir, il avale chaque fois en temps voulu, pourvu que la main qui tient la poire soit à la portée de son regard. En faisant ainsi, on arrive à faire pénétrer l'air dans la caisse chez des malades où par des procédés habituels on ne réussissait pas, et, chez ceux où l'air ne passe que par saccades avec le cathétérisme simple en faisant le cathétérisme combiné, il pénètre dans la caisse avec beaucoup plus d'intensité et de continuité, comme l'auscultation me l'a souvent prouvé.

Voici en outre l'observation d'un cas où j'ai pu constater l'avantage de la modification que je vous propose :

M[lle] P..., âgée de treize ans, débarrassée, il y a trois ans, par moi, d'une otite moyenne catarrhale, entretenue par la présence des végétations adénoïdes, s'est bien portée depuis jusqu'à il y a deux mois, où, sans cause apparente, elle fut prise de douleurs auriculaires terribles. Lorsque je la vis, le 4 mars, le tympan était rouge ecchymotique et fortement bombé. La paracentèse fait sourdre quelques gouttes d'un liquide séro-muqueux rougeâtre.

Ni le cathétérisme, ni l'insufflation de Politzer qu'on ne peut pas trop forcer à cause de l'autre oreille qui est saine, ne suffisent à vider la caisse. L'arrivée de l'air n'est pas constaté par l'auscultation malgré le passage de la bougie. Alors, faisant boire la malade à l'aide du chalumeau, je pratique l'insufflation par le cathéter, et le courant s'établit bientôt entraînant avec lui une quantité considérable de secrétion muco-sanguinolente. L'enfant fut soulagée immédiatement et, vingt-sept jours après, suivant un traitement rationnel, tout était rentré dans l'ordre.

Quant au vrai rétrécissement de la trompe, lorsque le cathétérisme avec simple passage des bougies ou la

dilatation intermittente et progressive, comme l'a conseillé M. Menier, ne m'ont pas réussi, j'ai essayé, à l'instar de ce qui s'est fait dans les rétrécissements de l'urèthre et du canal nasal, de laisser la sonde à demeure, et je me suis très bien trouvé.

L'inconvénient pour mettre mon dessein en pratique était l'impossibilité pour les malades de rester toute la journée avec une sonde dans le nez, chose non seulement impossible pour la perte du temps qu'elle occasionne au malade, mais aussi parce que au bout d'un certain temps qui varie de une demi-heure à 1 heure et demie, lorsque l'effet mécanique a cessé, la bougie tombe entraînée par le poids de la sonde avant de produire le travail irritatif particulier qui, utilisé dans la juste mesure, donne l'effet résolutif connu.

J'ai alors imaginé de construire une sonde composée de telle façon, que faite en deux moitiés comme deux grandes gouttières on puisse, une fois qu'on l'a placée dans le nez, dégager par une pression du pouce l'une de l'autre les deux moitiés. Alors, enlevant la moitié supérieure d'abord et puis l'inférieure, la bougie restait en place.

La sonde ainsi construite quoique un peu grossière remplissait suffisamment l'indication ; ainsi, j'espérais revenir à Paris pour faire faire par nos habiles fabricants un modèle fini lorsque deux moyens plus simples me permirent d'arriver au même résultat.

Voici ces deux moyens dont je me sers habituellement et dont je n'ai qu'à me louer. Le premier consiste dans l'emploi d'une sonde en forme de gouttière dont voici un un exemple, que j'ai construite, en ouvrant, à l'aide de la machine White, un cathéter ordinaire. Cette sonde m'est utile quand je veux laisser la bougie en place dans des rétrécissements faibles où celle-ci ne semble pas trop serrée dans le canal tubaire. Voici le *modus faciendi*. La sonde, armée d'une bougie qui est couchée dans sa cannelure, est engagée dans la trompe. On pousse alors la

bougie, et une fois que le rétrécissement est franchi, on insinue entre la sonde et la bougie une tige cylindrique dont le calibre est égal à la lumière de la sonde. Cette tige poussée doucement déplace en haut la bougie et, une fois qu'elle est arrivée au bout (ce qui est indiqué par un trait), la sonde est libre, et on la retire laissant en place la bougie. Il n'y a alors qu'à fixer celle-ci à l'aide d'un fil et d'un morceau de taffetas collé au voisinage du nez, et à couper la bougie au niveau des narines. A la prochaine séance, pour introduire la bougie ainsi coupée, on se sert d'un porte-bougie ou simplement on colle les deux bouts ensemble à l'aide d'un papier gommé. Lorsque le rétrécissement est assez prononcé pour retenir sensiblement la bougie olivaire, j'emploie un procédé plus simple. Le cathéter ordinaire mis en place, j'introduis une bougie longue de deux fois et quart le cathéter. Une fois le rétrécissement franchi, je maintiens d'une main immobile la bougie, et de l'autre je fais glisser la sonde sur elle comme sur la bougie de M. Verneuil glisse le porte-olive œsophagien. Une fois la sonde sortie, je finis comme il vient d'être dit, et pour recommencer le surlendemain, je colle bout à bout les deux morceaux de bougie.

J'ai pu par ce moyen laisser la bougie à demeure de deux heures à dix heures, chez des malades qui continuaient quand même à vaquer à leurs occupations, et habituellement il m'a suffi de quatre à dix séances pour triompher des rétrécissements qui avaient résisté au moyen ordinaire et dans lesquels il ne reste à employer que la galvano-caustique.

Je crois donc qu'en généralisant ce procédé, l'indication de la galvano-caustique deviendra encore plus rare et que le plus souvent nous n'aurons à demander à la pile que l'action résolutive ou insinuante, si on peut dire ainsi, qu'on obtient en se servant d'un courant très faible pour franchir un rétrécissement récalcitrant.

En terminant, je résume ainsi ce qu'une pratique de

dix ans m'a appris sur les indications thérapeutiques dans l'obstruction des trompes :

1° Lorsque avec le cathétérisme simple, surtout dans les affections mono-auriculaires, il n'est pas possible de faire parvenir l'air dans les caisses, on doit employer le cathétérisme combiné avec le Politzer ;

2° Lorsque par ces deux méthodes la perméabilité n'est pas rétablie, si la solution de cocaïne ne réussit pas, l'introduction de la bougie est indiquée, et, si le rétrécissement est constaté, la dilatation intermittente s'impose ;

3° Lorsque la dilatation intermittente seule ou aidée des médications locales appropriées ne réussit pas, il faut avoir recours à la dilatation continue laissant les bougies de trois, cinq, huit ou dix heures ou plus, selon la tolérance des malades ;

4° Dans les rétrécissements infranchissables, il faudra, avant d'instituer le traitement sus-indiqué, s'aider de l'action d'un faible courant de 1/2 à 1 mille-ampère pour franchir la première fois l'obstacle ;

5° Pour les cas extrêmes, sûrement très rares, qui résisteront à ces moyens, on recevra la galvano-caustique chimique.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE
SESSION DE 1888

Séance du jeudi 26 avril.

ORDRE DU JOUR

Élection du bureau.

M. Garrigou-Desarènes, président de la réunion d'octobre 1887, déclare la session ouverte et invite MM. les membres présents à procéder à l'élection du bureau :

M. Boucheron est nommé président ;

MM. Moure et Schiffers, vice-présidents ;

M. Joal, secrétaire.

M. Boucheron remercie ses collègues de l'honneur qu'ils lui font en l'appelant à la présidence.

M. Ménière établit la situation financière de la Société ; ses comptes sont approuvés.

Il y avait à l'ordre du jour une demande de modification de l'article 12 du réglement ainsi conçu : « La Société se réunit chaque année en session générale dans la semaine après Pâques, et en session ordinaire dans le mois d'octobre. » Après avoir entendu un excellent rapport de M. Ménière sur la proposition de M. Vacher (d'Orléans), l'article 12 est ainsi modifié :

« La Société française d'Otologie et de Laryngologie se réunit chaque année à Paris, dans la même semaine que les Sociétés savantes. »

M. Moure. — **De l'ozène et de son traitement.**

Cette question a été proposée par le Comité pour être étudiée en 1888. M. le Dr Moure (de Bordeaux), qui a été chargé d'exposer le sujet, lit le travail suivant (1).

M. Vacher emploie souvent dans le traitement de l'ozène les solutions iodées ou chloralées, les eaux sulfureuses ; ces

(1) Sera publié.

médications donnent de bons résultats, elles permettent, dans quelques cas, de guérir les malades.

M. Henri Chatellier. — Comme vient de nous le dire si bien M. Moure, pour arriver à la vérité en ce qui concerne la nature même de l'ozène vrai, il faut se garder d'être exclusif et de s'attacher exclusivement à une théorie seule en excluant les autres. Toutes, en effet, contiennent une partie exacte, et je pense qu'en empruntant à chacune d'elles quelque chose, on arrive à une formule qui doit, à mon sens, être l'expression de la vérité. Je me disposais à exposer devant vous cette formule, quand je l'ai vue presque telle que je me la figurais, dans le travail que M. Moure vient de nous lire.

L'ozène est une maladie qui doit avoir pour lésion primitive une lésion de l'appareil sécréteur de la muqueuse nasale. Les sécrétions modifiées rendent les cavités nasales habitables à un micro-organisme spécial. Ce micro-organisme (fort probablement un ferment) détermine des décompositions spécifiques des humeurs sécrétées et la formation de substances volatiles (fort probablement de la série des acides gras), substances volatiles qui sont toujours les mêmes et sont la cause de la mauvaise odeur. La mauvaise odeur, en effet, est toujours identique dans tous les cas d'ozène ; c'est même l'élément diagnostic qui est le plus fidèle, et permet de distinguer l'ozène vrai de beaucoup d'autres états du nez avec mauvaise odeur, et totalement différents de l'ozène vrai (lésions syphilitiques, etc.). A côté de ces trois faits capitaux, lésion spécifique de l'appareil sécréteur, ferment spécifique et odeur spécifique, viennent s'en grouper d'autres d'une importance secondaire : état rudimentaire du cornet inférieur, largeur exagérée des fosses nasales, accumulation des sécrétions, empyème des différents sinus, etc., etc., qui sont fréquents mais qui ne sont pas tous absolument constants.

Ainsi la largeur exagérée des fosses nasales se rencontre souvent sans qu'il y ait pour cela ozène vrai, avec odeur caractéristique. D'un autre côté, cette largeur exagérée existe chez des sujets qui ont de l'ozène vrai avec punaisie spéciale, chez d'autres qui ont une mauvaise odeur qui n'est pas celle

de l'ozène, et enfin chez d'autres personnes encore qui ne présentent aucune mauvaise odeur. Il en est de même pour les sécrétions accumulées.

Le point capital à élucider dans la pathologie de l'ozène, c'est certainement la nature de la lésion de la muqueuse nasale, cause efficiente des accidents ultérieurs. Chez un malade de quarante-quatre ans, mort de péricardite dans le service de M. le Dr Gouguenheim, et qui avait présenté pendant la vie un ozène avec puanteur caractéristique des plus intenses, j'ai constaté des lésions que je vous demande la permission de vous décrire. Les sinus sphénoïdaux et l'antre d'Highmore droit étaient remplis de pus ; mais ce pus *n'avait aucune odeur*. Je pense donc, à l'encontre de Michel de Cologne, que ces empyèmes n'avaient aucun rôle dans la production de la punaisie. Les cornets inférieurs étaient courts, terminés par deux extrémités atténuées, hauts de 6 millimètres à leur partie moyenne. Les deux fosses nasales avaient une très grande largeur.

Les pièces ont été recueillies dans la liqueur de Muller, soumises à la décalcification, puis coupées et colorées.

Un fait bien remarquable frappe tout d'abord à l'examen, c'est l'absence absolue de glandes dans toute l'étendue de la muqueuse qui tapisse la face interne des cornets inférieurs, tandis que la muqueuse qui tapisse leur face externe et la partie correspondante du maxillaire supérieur en est abondamment pourvue. De plus, la muqueuse de la face interne des cornets est parcourue par des vaisseaux nombreux, sanguins et lymphatiques, qui se ramifient dans une direction généralement perpendiculaire à la surface de la muqueuse. Enfin la membrane vocale est d'une minceur assez grande. Faut-il voir dans le fait de l'absence des glandes la lésion caractéristique de l'ozène ? Oui, certainement, disent les partisans de la nature atrophique de la maladie. Nous devons faire observer, à ce propos, que chez notre malade, la muqueuse a une épaisseur au moins égale à celle de la muqueuse normale et que l'os ou squelette du cornet semble aussi avoir son épaisseur normale.

Pour moi, je pense que la disparition des glandes doit être considérée non comme le facteur principal de la maladie, mais bien comme l'un de ses effets.

A mon avis la maladie frappe primitivement les glandes, et altère leurs produits de sécrétion dans un sens que nous ne connaissons pas encore, de telle sorte que le ferment spécial à l'ozène trouve, dans les liquides naseaux, un milieu de culture dans lequel il se développe. Ce ferment est l'agent de décomposition qui donne naissance aux substances volatiles odorantes. Mais en même temps la lésion des glandes aboutit à leur destruction, et c'est pour cette raison que, sur les pièces que nous présentons à la Société, les glandes ont en partie disparu de la muqueuse nasale.

A notre avis l'ozène n'est pas causé par la destruction des glandes, car il arrive une période de la vie où il guérit et où la mauvaise odeur disparaît complètement. Peut-on admettre que les glandes, après avoir disparu, se sont reformées de nouveau? Non, évidemment, car les glandes sont des organes formés par des involutions épithéliales et que la période de reformation dans les muqueuses ne dépasse pas la période embryonnaire. L'homme adulte est aussi incapable de faire des glandes nouvelles dans sa muqueuse nasale que dans sa peau ou dans son intestin.

L'ozène guérit quand, les glandes ayant disparu, les milieux de culture propices au micro-organisme spécifique ont également disparu.

Si la destruction simple des glandes suffisait à produire l'ozène vrai, la perte des cornets, à la suite de la syphilis par exemple, devrait aussi produire l'ozène vrai. Or il n'en est rien. Dans ces cas, il se produit de mauvaises odeurs du nez, mais elles ne ressemblent aucunement à celles de l'ozène vrai. De plus, ces états sont permanents, tandis que l'ozène vrai guérit.

Pour le moment, la question de l'ozène est plus que jamais obscure, car si l'on voit bien ce qu'il y a d'erroné dans la plupart des théories émises, on ne sait pas encore quelle est la nature véritable de cette maladie.

M. Noquet. — Je crois qu'il ne faut pas attacher une trop grande importance aux théories émises sur les causes et la nature de la rhinite atrophique, et je serais, à ce point de vue, volontiers éclectique, comme M. Moure. Ce qui, pour moi, est certain, c'est, d'une part, que l'on peut rencontrer, notamment après l'ablation des polypes muqueux, des malades ayant des fosses nasales larges, des cornets inférieurs et mêmes moyens, en quelque sorte aplatis, sans ozène, et d'autre part, que la muqueuse du cornet inférieur peut, dans certains cas de rhinite atrophique, se régénérer après un traitement prolongé.

Je serais assez disposé à admettre que dans l'affection qui nous occupe, la muqueuse enflammée s'hypertrophie tout d'abord pour s'atrophier ensuite, et c'est sans doute quand cette atrophie est à son maximum, quand les glandes sont complètement détruites, que la formation des croûtes fétides s'arrête spontanément. N'est-il pas admis à peu près par tous les observateurs que, vers l'âge adulte, la mauvaise odeur s'atténue ou même disparaît sans aucune médication ?

Quant au traitement, il peut varier. La plupart des antiseptiques sont capables de rendre des services. Ce qu'il faut avant tout, c'est beaucoup de persévérance. J'ai obtenu de très bons résultats avec la méthode dont j'ai parlé l'année dernière et que je rappelle sommairement. Les douches sont pratiquées alternativement avec une solution de chlorate de potasse et une solution phéniquée. Elles sont suivies d'une pulvérisation faite avec une solution de chloral et d'acide borique. Enfin, deux fois par semaine, je badigeonne la muqueuse des fosses nasales et celle de l'arrière-cavité avec une solution de chlorure de zinc au cinquième.

M. Coupard. — Depuis trois mois, au lieu de me servir de l'ouate introduite dans la cavité nasale, j'emploie la gaze iodoformée, salolée, boratée, et cette gaze est beaucoup plus facilement supportée que l'ouate. L'air passe plus facilement entre les plis de cette gaze qui ne se tasse plus comme l'ouate. Je la fais renouveler deux fois par jour.

Je répondrai à M. Chatellier, qui ne croit pas à la régénération du tissu glandulaire, que l'on constate la reproduction des organes génitaux chez les coqs châtrés.

M. Ruault a expérimenté le napthol B dans le traitement de l'ozène vrai. Le traitement a consisté en irrigations nasales trois ou quatre fois par jour avec le liquide suivant préparé immédiatement avant chaque lavage.

Eau tiède.................. 1 litre.

Ajoutez une cuillerée à dessert du mélange:

Biborate de soude......... }
Bicarbonate de soude...... } â â

et une cuillerée à café de la solution:

Naphtol B............... 12 gr.
Alcool à 90°.............. 84 —

Dans les cas les plus rebelles, on introduit dans les fosses nasales, après le premier lavage, et on laisse en place pendant un quart d'heure des tampons d'ouate imbibée de l'émulsion naphtolée suivante dont M. Ruault doit la formule à l'obligeance de M. Lebeuf :

Naphtol B................ 12 gr.
Teinture de Quillaya...... 88 —
Eau..................... 400 —

Le seul inconvénient du naphtol dans le traitement de l'ozène indiqué ci-dessus est la sensation de cuisson légère, éprouvée par les malades après son emploi. Quelques-uns ont un peu de larmoiement, mais ces sensations durent peu et les malades s'y accoutument bientôt.

Les avantages sont la disparition de l'odeur et la diminution notable des sécrétions croûteuses qu'on obtient assez rapidement.

Quant à la valeur absolue de ce traitement, M. Ruault n'a pas encore une expérience suffisante pour donner des renseignements précis sur ce point. Ce qu'il peut dire dès maintenant, c'est que le napthol, dans l'ozène, donne des résultats au moins égaux à ceux des autres antiseptiques.

M. Gouguenheim. — Je crois, comme M. Ruault, qu'il n'y

a pas qu'un seul microbe, il y en a probablement plusieurs. On n'a donc pas à compter avec une seule cause de fétidité ; elles sont, au contraire, nombreuses, mais elles n'ont pas été toutes trouvées. Je suis disposé à penser que l'odeur des différentes rhinites est variable, probablement suivant l'espèce du microbe. La rhinite atrophique n'est donc pas toujours seule cause de la fétidité; celle-ci peut exister dans la rhinite hypertrophique et quelquefois le même malade peut avoir simultanément de la rhinite hypertrophique d'un côté et atrophique de l'autre.

Quant à la dilatation des fosses nasales, même quand elle n'est pas une suite de la rhinite atrophique et lorsqu'elle est consécutive à des polypes du nez, je l'ai toujours vue accompagnée de fétidité qui n'était pas aussi prononcée que dans l'ozène, mais qui semblait produite par le séjour et la formation des croûtes.

En thérapeutique, je suis éclectique, et tout peut réussir à condition que la médication ne soit pas trop rapide dans son action.

M. Charazac. — M. Chatellier, se basant sur l'examen histologique dont il vient de nous parler, se demande si les glandes sont régénérées dans les cas de guérison de l'ozène. Si la guérison se produit spontanément avec l'âge, c'est précisément par la disparition du tissu glandulaire; celui-ci détruit, les sécrétions cessent et partant l'odeur qu'elles déterminent.

J'ai vu des cas d'élargissement des fosses nasales, absolument sans odeur ; bien plus, j'ai observé des malades ayant de véritables bouchons de mucosité concrètes dans le nez, et cela sans odeur.

M. Baratoux. — Il existe, en effet, des rhinites fétides et des ozènes que l'on peut facilement distinguer par la culture. Dans tous les ozènes j'ai pu retrouver le microccoque décrit par Lœwenberg et aussi d'autres coccus comme celui de Friedlander.

Certains ozènes commencent par la surface de la muqueuse

à l'orifice des glandes et amènent l'atrophie de la muqueuse ; ces cas peuvent guérir, je l'ai souvent constaté. Dans ma communication relative aux essais de greffe, j'ai parlé de syphilis et d'ozène. Dans l'ozène vrai, je n'ai pas dit qu'il y avait des ulcérations mais des exulcérations.

M. Moure. — Il est évident qu'il existe plusieurs affections des fosses nasales susceptibles de produire de l'ozène, de véritables rhinites fétides d'origine variable, mais, ainsi que je l'ai dit dans ma communication, je n'ai en vue, dans ce travail, que *le coryza atrophique*, l'affection, non ulcéreuse, des fosses nasales entraînant la punaisie, l'odeur connue de tous.

Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie, par le Dr Charazac (de Toulouse) (1).

M. Ruault s'associe d'autant plus volontiers aux conclusions de M. Charazac, qu'elles concordent avec celles d'une note qu'il a présentée à la fin de l'année dernière à l'Académie de Médecine, en commun avec M. Charles Monod. Ce sont d'ailleurs celles que MM. Moure et Demons ont tirées des deux faits qu'ils ont présentés récemment au Congrès de chirurgie. Toutefois M. Ruault fait remarquer que dans leur communication à l'Académie, M. Monod et lui ont cherché à établir les indications de la laryngectomie, plus exactement que l'ont fait MM. Demons et Moure et M. Charazac. Ceux-ci disent : cancer extra-laryngé, pas de laryngectomie; cancer intra-laryngé, laryngectomie. MM. Monod et Ruault, tout en posant en principe que ce sont surtout les cancers intra-laryngés qui sont justiciables de l'opération, insistent sur l'indication formelle d'enlever, soit par la laryngectomie totale ou partielle, soit par la thyrotomie si le diagnostic est établi dès le début, les épithéliomas lobulés cornés des cordes vocales inférieures. Les statistiques montrent en effet que ces cancroïdes peuvent rester plus longtemps sans récidive que les autres cancers. Le malade, dont le larynx a été présenté à l'Académie par MM. Monod et Ruault, portait une tumeur

(1) Voir p. 297.

de cette nature *exactement limitée* à la partie ligamenteuse de la corde vocale inférieure. Les cas analogues ne sont pas très rares, et l'on comprend l'intérêt qu'il y aurait à faire le diagnostic de bonne heure et à opérer de suite.

D'ailleurs, dans tous les cas de cancer du larynx, l'opération aurait toujours plus de chance de réussir si elle était faite dès le début. Si les laryngologistes étaient un peu plus chirurgiens, et si les chirurgiens connaissaient mieux la laryngologie encore étrangère à beaucoup d'entre eux, la laryngogectomie serait pratiquée plus souvent avec succès. Il est bien probable que si les statistiques actuelles sont aussi désastreuses, c'est que dans la grande majorité des cas l'opération a été faite beaucoup trop tard. Le laryngologiste qui fait le diagnostic n'ose pas opérer lui-même, il a recours au chirurgien; celui-ci hésite souvent à opérer de suite, il conseille de recommencer le traitement anti-syphilitique; le temps passe, la lésion marche et, quand l'opération est enfin décidée, on a déjà perdu 30 ou 40 0/0 de chance de succès qu'on avait au début. M. Ruault ne doute pas, pour sa part, que la laryngectomie n'arrive d'ici peu à entrer dans la pratique chirurgicale. Cette opération sera toujours, *comme toutes les ablations de cancers*, une opération seulement *palliative* dans l'immense majorité des cas heureux et très exceptionnellement *curative*, mais selon toute vraisemblance elle donnera dans beaucoup de cas une survie bien plus longue que l'abstention encore conseillée l'an dernier par quelques chirurgiens de l'Académie de Médecine. M. Ruault dit *l'abstention*, parce qu'il se refuse absolument à considérer la trachéotomie comme un traitement du cancer du larynx. La trachéotomie n'est qu'une opération de nécessité, parant momentanément aux accidents immédiats dus à la sténose laryngée.

La trachéotomie ne peut pas plus être considérée comme un mode de traitement dans le cancer laryngé que la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage.

M. Moure appuie l'opinion de MM. Charazac et Ruault. Les statistiques d'extirpation du larynx, faites jusqu'à ce jour,

ont une valeur bien minime, étant données les mauvaises conditions dans lesquelles on a généralement opéré; les deux faits rapportés par M. Demons en sont un exemple. Dans l'un, la tumeur avait débuté par l'épiglotte et envahi les parties extra-laryngées. La récidive était possible et elle se produit en ce moment sur la base de la langue, ainsi que je l'ai constaté, il y a déjà plus d'un mois. Le deuxième malade atteint d'un épithélioma intra-laryngé est et reste guéri.

M. Moure s'élève ensuite contre l'opération palliative, c'est-à-dire la thyrotomie dans le cas de tumeur maligne de l'organe vocal. C'est là une opération au moins inutile qui ne permet pas de dépasser les limites du mal et, par conséquent, expose presque fatalement à une récidive. Il rapporte deux faits qu'il a pu observer et dans lesquels l'insuccès de la thyrotomie a été évident, malgré les apparences laryngoscopiques les plus favorables à l'opération. La thyrotomie a de plus le grave inconvénient, au moment où la récidive se fait, d'offrir une porte de sortie à la tumeur qui vient alors faire hernie au-devant du cou et former une plaie hideuse qui tourmente le malade et son entourage jusqu'au moment fatal.

M. Coupard croit intéressant d'attirer l'attention sur un fait récemment observé qui montre combien est parfois difficile le diagnostic du cancer. Un malade âgé consulte l'an dernier quatre spécialistes de Paris qui font le diagnostic de cancer : un traitement à l'iodure de potassium, sirop de Gibert, frictions mercurielles, n'a donné aucun résultat. Le malade va à Vienne, deux médecins diagnostiquent encore le cancer; la laryngectomie est proposée, mais pas acceptée. Le sujet revient en France et doit subir la trachéotomie. Alors on le soumet aux injections de peptonate de mercure, et le malade est actuellement en voie de guérison. M. Coupard insiste sur la nécessité de faire en pareil cas un traitement spécifique des plus rigoureux.

M. Baratoux. — Les statistiques, même celle que j'ai publiée, contiennent quelques erreurs par suite des observations parues en double ou en triple, et par suite aussi des

erreurs de diagnostic; on a dit en effet que certains opérés étaient atteints de cancer lorsqu'ils n'avaient que des sténoses syphilitiques ou des tumeurs de nature tuberculeuse.

L'extirpation totale a été faite 112 fois, dont 105 pour des cancers et 7 pour des sarcomes.

L'extirpation partielle a été pratiquée 30 fois dont 28 pour cancers et 2 pour sarcomes.

L'extirpation unilatérale a été faite 25 fois, dont 22 pour cancers et 3 pour sarcomes.

Il est nécessaire de bien distinguer l'opération partielle de l'unilatérale, car le résultat est bien différent : la première a donné 23 0/0 de morts dans les premiers jours et 12 0/0 de guérisons; la seconde, au contraire, n'a donné qu'une mortalité de 12 0/0 dans les deux premières semaines, et la guérison a été de 20 0/0. Quand l'extirpation est totale, il y a seulement 8,5 0/0 de guérisons.

Les chirurgiens français ont d'abord préféré la trachéotomie, mais ils ne tardèrent pas à devenir partisans de la laryngectomie, car il résulte de ma statistique au sujet de la trachéotomie que

24 malades sont morts dans les deux premières semaines ;
4 — ont succombé immédiatement;
20 — ont pu vivre plus de deux mois ;
82 — ont succombé dans le cours de la sixième année,

et que 17 seulement (dont un malade que j'ai adressé en 1883 à M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis et qui n'a pas été opéré, je ne sais pour quel motif) ont vécu de un à cinq ans; ce qui donne seulement une proportion de 12 7 0/0 de guérisons, chiffre bien inférieur à celui que donne l'extirpation unilatérale, mais égal toutefois à celui de l'extirpation partielle.

M. Gouguenheim demande si dans le cas de grande survie il y a eu examen microscopique de la tumeur, car les erreurs de diagnostic ne sont pas impossibles; et l'on peut facilement prendre pour des cancers certaines tumeurs en choux-fleurs de nature tuberculeuse, et certaines tumeurs mamelonnées, d'origine syphilitique.

M. Baratoux répond qu'il a écarté de sa statistique tous les cas douteux.

Séance du 27 avril.

M. le Dr Berger (de Graetz), présenté par MM. Gouguenheim et Chatellier, est nommé membre de la Société ; le vote a lieu après avis favorable du Comité.

Des épaississements de la lame triangulaire de la cloison déterminant une obstruction complète des fosses nasales, par le Dr Miot (de Paris) (1).

M. Moure demande si chez les malades traités par M. Miot il n'y a jamais eu, après l'opération, d'adhérence entre la cloison et les cornets.

M. Miot. — Il ne s'est pas formé de synéchies chez nos malades pour la raison suivante. Au niveau des points sur lesquels les aiguilles ont agi, on observe une résorption de tissu, telle qu'il s'est formé une excavation remplie par des produits de sécrétion et dont le fond est assez éloigné de la partie externe des fosses nasales.

M. Gellé demande si, à la suite de ces cicatrices épaisses succédant à des pertes de substance profonde, M. Miot n'a pas vu se produire des déformations consécutives de la cloison ou des cornets. M. Gellé se sert de ce procédé qui consiste à faire des pertes de substance avec la pâte de Vienne sur la muqueuse des cornets pour obtenir par l'effet de la rétraction cicatricielle un élargissement des voies nasales; il a été conduit à essayer ce mode de vaincre certaines sténoses nasales, par l'observation de malades chez lesquels il a pu constater la déformation des cloisons et des cornets inférieurs allant jusqu'à l'oblitération totale, à la suite de l'évolution de rhinites chroniques suppurées de l'enfance.

M. Miot dit ne pas avoir observé de semblables déformations chez les malades qu'il a traités par la galvano-caustique.

(1) Voir *Revue*, p. 305.

Sur une forme de sténose nasale, par M. le Dr J. Baratoux (de Paris) (1).

M. Moure n'a pas à se louer de l'emploi de la scie : dans un cas il a voulu se servir de cet instrument, mais l'écoulement sanguin a été si abondant qu'il a dû terminer l'opération avec de forts ciseaux d'un usage facile et rapide.

M. Baratoux répond que chez plusieurs de ses malades il eût été impossible de sectionner la tumeur osseuse avec les ciseaux, l'une des branches de l'instrument ne pouvant être introduite sur l'un des côtés du bourrelet osseux.

Etude critique de l'épreuve de Weber ou du transfert du diapason-vertex suivant l'oreille close, par le Dr Gellé (de Paris) (2).

M. Boucheron. — Toutes les fois qu'une augmentation de pression existe depuis quelque temps sur le labyrinthe, il est nécessaire de tenir compte des effets de l'excès de pression sur le nerf acoustique ; il faut considérer : 1° l'*anesthésie* plus ou moins complète du nerf qui diminue ou annihile la fonction auditive; 2° la *destruction* partielle ou totale du nerf qui produit aussi une perte totale ou partielle de l'ouïe.

Les explorations de l'ouïe basées sur une modification expérimentale de la pression labyrinthique (pression digitale dans le conduit auditif externe) ne donnent donc malheureusement que des résultats approximatifs sur la mobilité de l'appareil de conduction, et sur l'état du nerf, parce que nous ne pouvons chercher tout d'abord si la diminution de la fonction est due à l'anesthésie ou à la destruction du nerf.

C'est seulement quand le labyrinthe a été décomprimé que la distinction se fait ; la surdité par anesthésie disparaît, la surdité par destruction du nerf persiste.

A ce moment les expériences sur la mobilité de l'appareil de conduction sont valables.

(1) Sera publié.
(2) Sera publié.

M. Gellé. — M. Boucheron nous parle de l'anesthésie par compression du labyrinthe comme explication de la surdité. Je pense qu'il faut se rappeler que la plus légère compression du labyrinthe cause chez l'individu sain les troubles si communs du vertige auriculaire allant jusqu'à la chute à terre. Il est aussi évident que l'action de la compression est plus active à produire l'éréthisme du nerf labyrinthique, comme l'appelle Triquet, ou tout au moins cette action doit au début causer cette hypéresthésie avant l'apparition des troubles dus à l'anesthésie par compression. Aussi je croirai à la compression du labyrinthe quand j'aurai vu l'étrier pénétrant dans le vestibule, ce que, pour ma part, je n'ai jamais observé. Jusqu'à présent, je pense que les lésions immobilisent l'appareil conducteur et rien de plus.

De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par le Dr Boucheron (de Paris) (1).

M. Noquet. — Si j'en juge par ma pratique, les crises épileptiformes provoquées par l'otite moyenne chronique simple sont rares. Je n'ai en effet rencontré que deux cas bien nets, y compris celui que j'ai communiqué, il y a deux ans, à la Société. Les phénomènes vertigineux sont de beaucoup les plus fréquents.

M. Gellé rappelle que dans tous les cas de sa pratique, où il lui a été donné de constater l'existence de troubles épileptiformes, il a constamment eu affaire à des faits d'otorrhées anciennes et d'otites anciennes ayant détruit une bonne partie de l'organe de l'ouïe. L'observation que va lire M. Suarez confirme son opinion sur la genèse par méningite de ces accidents épileptiformes.

M. Baratoux ne pense pas également que l'épilepsie puisse se produire sous l'influence d'une affection légère de l'oreille moyenne, tous les accidents épileptiformes qu'il a observés se sont montrés chez des malades atteints d'otite moyenne suppurée.

(1) Sera publié.

M. Boucheron. — Les épilepsies d'oreille par lésions de la caisse ont été observées depuis les temps les plus anciens (Fabrice de Hilden), parce qu'une lésion grossière de l'oreille ne pouvait ne pas frapper un observateur attentif, et la disparition des crises épileptiques avec les lésions de l'oreille ne pouvait manquer de faire rattacher l'épilepsie à la maladie de l'oreille.

L'épilepsie acoustique proprement dite par excitation isolée du nerf acoustique est d'une observation plus délicate, puisque le trouble de l'ouïe peut être léger ou même fugitif. Mais maintenant que l'attention est attirée sur les faits, on recueillera des cas nombreux, car selon notre observation l'épilepsie acoustique est bien plus commune qu'on aurait pu le supposer.

Cas d'attaques épileptiformes disparues après l'ablation d'un polype de la caisse qui occupait le conduit auditif, par le D[r] Suarez de Mendoza (1).

Traitement des obstructions de la trompe, par le D[r] Suarez de Mendoza (2).

M. Miot combat les conclusions de M. Suarez; son expérience personnelle lui permet de dire que chez les enfants l'on n'a jamais besoin de dilater la trompe. La guérison est ordinairement obtenue par l'emploi de la cocaïne et par l'électrisation ; il ne saisit donc pas quelle est l'indication des bougies dans le traitement du catarrhe de la trompe chez les enfants.

M. Noquet. — La pratique m'a prouvé qu'il est rarement utile de dilater la trompe d'Eustache avec des bougies. Le plus souvent des insufflations d'air, de vapeurs et de liquides modificateurs, faites par la sonde, ou simplement chez les enfants par le procédé de Politzer, suffisent pour rendre la trompe perméable si l'on prend soin de s'attaquer, concurremment aux lésions nasales et pharyngées, qui, comme on le sait, sont très fréquentes dans les cas de ce genre.

(1) Sera publié.
(2) Sera publié.

M. Miot pense aussi, avec M. Noquet, que la dilatation de la trompe n'est pas souvent pratiquée chez l'adulte ; il ajoute qu'il ne saurait être partisan de l'emploi de la galvano-caustique qui peut provoquer des adhérences, et qui doit être appliquée très exceptionnellement.

M. Moure insiste sur la nécessité de diriger les moyens thérapeutiques sur le naso-pharynx ; il faut traiter le catarrhe naso-pharyngien, enlever les tumeurs adénoïdes ; en un mot combattre les diverses affections de l'arrière-cavité nasale qui déterminent l'obstruction de la trompe. Avec ce traitement local il suffit d'avoir recours au procédé de Politzer pour avoir raison des accidents qui se manifestent du côté de la trompe.

M. Suarez de Mendoza. — Je suis absolument de l'avis de M. Miot sur ce fait que les rétrécissements de la trompe chez les enfants sont très rares, sinon introuvables. Mais dans ma communication il n'est pas question de retrécissement de la trompe chez l'enfant, mais seulement de l'obstruction de ce conduit par gonflement de la muqueuse qui accompagne souvent d'autres états pathologiques de la caisse, et alors je ne conseille pas l'emploi des bougies à demeure mais bien le cathétérisme combiné avec le Politzer. Du reste ma méthode n'a son indication que dans les cas rebelles où le simple passage des bougies ne suffit pas.

Je partage l'opinion de MM. Noquet et Moure lorsqu'ils soutiennent qu'il faut toujours se préoccuper dans les affections de l'oreille du traitement des maladies concomitantes du naso-pharynx, et j'ai fait remarquer que l'otite catarrhale de Mlle G. avait été guérie la première fois par l'ablation des végétations adénoïdes ; mais à la deuxième poussée inflammatoire, survenue trois ans après, ce n'est que par le cathétérisme combiné que j'ai pu vider la caisse et soulager la malade séance tenante. Il est probable qu'avec la simple insufflation je serais arrivé au même résultat, mais plus lentement, ce qui est à considérer.

Des symptômes des maladies du sinus sphénoïdal, par le Dr Em. Berger (de Grœtz) (1).

(1) Sera publié.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES

Contribution à l'étude de l'othématome

Par le Dr Hoffmann.

Après un historique aussi complet que possible, l'auteur aborde l'étiologie de l'othématome spontané, et constate que si cette affection est fréquente chez les aliénés, on la rencontre également chez les individus sains d'esprit. Sa cause n'est pas unique; en dehors d'une altération cartilagineuse et des lésions athéromateuses, il faut tenir compte des poussées congestives qui se produisent aux oreilles sous l'influence d'un trouble du système nerveux. Les observations VI et VIII de ce travail viennent confirmer la théorie nerveuse vaso-motrice. L'auteur divise l'évolution de l'othématome en trois périodes qu'il étudie successivement : 1° période congestive; 2° période d'épanchement; 3° période de résorption.

Les symptômes, la marche de la maladie sont ensuite examinés; quant aux terminaisons, les deux plus fréquentes sont : la résolution complète, sans laisser de traces, et la déformation de l'oreille après la résorption de l'épanchement. Une autre terminaison spontanée, très rare, qui fait le sujet de l'observation VIII et sur laquelle M. Hoffmann insiste tout particulièrement, est la suppuration. Il ne sait à quoi attribuer cette modification peu fréquente et tardive de la lésion.

Le siège de l'othématome est entre le périchondre et le cartilage, rarement entre les lames du périchondre, soit intercartilagineux. L'évolution et la marche de l'othématome, son absence de réaction sur l'organisme permettent de faire aisément le diagnostic différentiel. Cette collection sanguine ne paraît pas avoir d'influence sur la maladie dans le cours de laquelle elle se produit, ni sur le développement d'une affection mentale ultérieure.

Quant au traitement, les divers procédés employés sont : l'expectation, les ponctions simples avec ou sans aspiration, suivies ou non d'injections irritantes; l'incision, le séton, etc.

De l'avis de l'auteur, le meilleur traitement consiste en badigeonnages répétés avec le collodion élastique et en massages. (*Thèse de Paris*, 1887.) L. Lacoarret.

De l'audition colorée par J. Baratoux.

Après avoir défini le phénomène de l'audition colorée et fait l'historique de la question, M. Baratoux passe en revue, d'après les observations des auteurs et les siennes propres, les diverses couleurs, leurs nuances, perçues par les sujets selon la nature des bruits et des sons. Cette faculté se développe dès l'enfance et se conserve généralement intacte. Elle est assez commune. D'après les documents recueillis en Allemagne, la proportion des personnes jouissant de la faculté de colorer les sons serait de 12,5 0/0. Les hommes sembleraient plus fréquemment doués de cette propriété que les femmes (59 hommes pour 41 femmes). — Ce phénomène semblerait se trouver souvent chez les personnes d'une même famille.

Certains sujets n'extériorisent pas la couleur; d'autres, au contraire, l'extériorisent. Par quelle voie? Par l'appareil optique, ou par l'appareil auditif? Les avis sont partagés à ce sujet.

On s'est demandé comment ce phénomène curieux pouvait se produire, et chaque auteur a fourni une hypothèse plus ou moins ingénieuse. « De l'examen des faits, dit M. Baratoux, » il résulte que le centre chromatique peut être excité, non » seulement par une impression venant de la rétine, mais » aussi par des agents irritants perçus par d'autres organes » des sens. Si on admet que les cellules de certains sens sont » reliées à d'autres centres, plus ou moins éloignés, par des » conducteurs nerveux, il est naturel de supposer que certaines cellules auditives sont unies à des éléments semblables du centre chromatique, ce qui explique alors facilement pourquoi telle cellule auditive irritée produit toujours la même perception. Nous croyons que l'audition » colorée est un phénomène physiologique. »

L'auteur ajoute que la réciproque est vraie d'ailleurs et

qu'on a aujourd'hui des exemples d'ébranlement nerveux s'irradiant du centre chromatique au centre auditif. On rencontre de même des personnes chez lesquelles un son éveille l'idée d'une odeur ou d'une saveur, d'autres qui perçoivent d'autant mieux les couleurs qu'on produit des sons plus élevés, etc. Il en est de même pour les autres sens. Il existe donc entre eux des rapports physiologiques réciproques. (Publications du *Progrès Médical*, 1888). LACOARRET.

De l'otite moyenne purulente aiguë, par le Dr Adam POLITZER.

L'auteur étudie l'étiologie, la marche, les divers symptômes, les complications de l'otite moyenne purulente aiguë. Il décrit les formes spéciales qu'elle peut revêtir, ses allures parfois irrégulières. Il en donne les modes de terminaison, et indique les difficultés du diagnostic, la variabilité du pronostic, selon la constitution médicale du sujet.

Quant au traitement, l'auteur fournit les indications de la paracentèse de la membrane. Si l'exsudat sort mal, on favorisera son expulsion soit au moyen de bains chauds d'oreille par la méthode de Trœltsch, soit par l'instillation de huit à dix gouttes d'une solution de pilocarpine chaude à 2/100 dans le conduit auditif.

Si les douleurs persistent, on fera dans l'oreille des instillations d'une solution de cocaïne à 3, 5 ou 10 0/0, ou d'une solution mixte de cocaïne et d'atropine. En cas d'insuccès, lavages chauds par la trompe.

Pendant les premiers jours qui suivent la perforation, on pratiquera des irrigations d'eau pure chaude. On joindra à ces lavages les douches d'air par le procédé de l'auteur.

Si ces divers moyens échouent, on devra faire des insufflations d'acide borique pulvérisé et en petite quantité pour éviter la rétention du pus. Dans les cas rebelles, M. Politzer s'est bien trouvé de remplacer pendant quelques jours l'acide borique par l'iodoforme.

Quand au bout de cinq à six jours la suppuration n'est pas modifiée, on aura recours aux instillations chaudes de dix à quinze gouttes de solutions aqueuses de sulfate de zinc ou

d'acétate de plomb (0,2 pour 20 gram.) qu'on laissera dans l'oreille pendant 10 à 15 minutes.

Lorsque les douleurs et l'écoulement persistent, on fera des lavages de la caisse à l'eau chaude par le cathéter. On cautérisera avec le perchlorure de fer ou les instillations d'alcool de plus en plus concentré les granulations.

La suppuration tarie on hâtera le retour de l'ouïe par les douches d'air pratiquées par le procédé de l'auteur et de plus en plus espacées. M. Politzer a obtenu des progrès de l'ouïe par un séjour dans les Alpes.

Enfin, comme l'otite moyenne purulente aiguë a une tendance à récidiver, on recommandera aux malades l'emploi de tampons d'ouate par les temps froids et venteux, on les avertira du danger de la pénétration de l'eau dans les oreilles *(Revue génér. de Clin. et de Thérap.*, nos 29-30, 1887.)

L. LACOARRET.

Inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes ; guérison par la trépanation de l'apophyse mastoïde, par le Dr CH. FIESSINGER.

L'inflammation suppurée primitive des cellules mastoïdiennes est rare, il n'en est pas de même de l'inflammation suppurative secondaire. Cette dernière peut se terminer par la guérison de plusieurs manières, mais la mort en a été souvent la conséquence. Pour éviter les accidents, et frayer une issue au pus, il faut trépaner l'apophyse mastoïde. L'auteur fait l'historique de cette opération, donne les statistiques rassurantes de G. Poinsot (mortalité de 11 0/0) et de P. Rupprecht (mortalité de 3 à 4 0/0). Il indique d'après Hartmann les points de repère dont la connaissance rend la trépanation sûre et aisée.

M. Fiessinger rapporte une observation d'inflammation suppurative des cellules mastoïdiennes guérie par la trépanation. Il s'agit d'un homme de vingt-deux ans, atteint depuis une dizaine d'années d'un écoulement purulent par l'oreille gauche. Le malade avait fait plusieurs chutes sur la tête, et les symptômes du début de la maladie furent ceux de la méningite ou d'un abcès du cerveau : ralentissement du pouls,

avec élévation de la température, constipation, céphalalgie, vomissements. En présence de douleurs plus vives, cependant du côté de l'apophyse mastoïde, et d'un léger empâtement à ce niveau, la trépanation fut faite de bonne heure et donna issue à une assez grande quantité de pus. Après l'opération, les douleurs et les symptômes cérébraux disparurent.

L'auteur recommande de veiller attentivement à l'écoulement du pus par le tube de drainage. Il ne croit pas qu'il soit nécessaire de perforer le tympan, dans les cas où la membrane est intacte, pour favoriser l'écoulement du liquide après la trépanation. (*Lyon Médical*, 6 novembre 1887.)

LACOARRET.

L'otite de la rougeole, par le Dr HERMET.

L'otite consécutive à la rougeole est fréquente, l'auteur l'a constatée dans 70 0/0 des cas. Elle peut apparaître à toutes les périodes de cette affection, cependant elle commence d'ordinaire à se produire en même temps que l'exanthème lui-même sans qu'il survienne toutefois des signes extérieurs de son apparition. L'auteur combat ce préjugé qui fait encore considérer, par bon nombre de médecins, l'écoulement d'oreille comme un dérivatif utile et qu'il faut respecter. Ce préjugé, dit-il, a fait peut-être plus de sourds-muets que les mariages consanguins.

Toute otite purulente constatée doit être traitée dès son apparition. L'otorrhée peut en effet déterminer de graves accidents. L'auteur indique le mode de traitement qu'il emploie et sur lequel nous n'insisterons pas; et la question est en effet bien connue des lecteurs de la *Revue*. (*Le Bulletin médical*, 27 nov. 1887.)

J. CH.

Érysipèle de l'oreille moyenne (*Société des Sciences médicales de Lille)*, séance du 30 novembre 1887.

M. Lavrand. — Il s'agit d'une jeune fille de quinze ans, atteinte de syphilis héréditaire tardive; l'érysipèle a débuté par l'oreille moyenne, qui a présenté d'abord les signes d'une myringite aiguë. Le lendemain on constata sur la face, du

côté droit, une plaque érysipélateuse, qui envahit secondairement le pavillon de l'oreille. Le point important à noter est que l'oreille moyenne a été primitivement atteinte.

M. Desplats, qui avait la malade dans son service, demande si on peut différencier cliniquement l'otite moyenne aiguë de l'érysipèle de la caisse. Il fait observer que la jeune fille présentait des syphilides ulcéreuses du pharynx; il est donc probable que l'érysipèle a débuté autour de ces solutions de continuité pour s'étendre à la trompe d'Eustache et gagner ainsi le tympan.

M. Lavrand dit que l'éruption cutanée a pu seule indiquer la nature de la myringite; ce qui lui fait croire que cette myringite est primitive, c'est que, dès le premier malaise accusé par la malade, cette myringite a pu être reconnue à ses signes classiques.

M. Duret s'explique difficilement un érysipèle débutant dans une caisse saine. Le microbe ne peut en effet pénétrer que par effraction. (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 6 janvier 1888). L. L.

LARYNX ET TRACHÉE

Quelques remarques ayant trait à la signification diagnostique et aux indications thérapeutiques des symptômes laryngés résultant de la compression du nerf vague et du récurrent par les anévrysmes, par le Dr David NEWMANN.

L'auteur, dans ce Mémoire, se propose tout d'abord de démontrer qu'il peut exister des anévrysmes de l'aorte et du tronc trachéo-céphalique donnant lieu uniquement à des symptômes laryngés, mais que dans un bon nombre de cas des symptômes physiques, unis aux signes laryngiens, peuvent nous permettre d'arriver à un diagnostic positif ou tout au moins très probable.

En second lieu que la compression précoce peut déterminer de violents accès de dyspnée accompagnés de cornage laryngiens et de quintes de toux ; qu'à une période plus avancée la paralysie survient ordinairement sans être toujours limitée à un seul côté. Enfin, dans certains cas, la trachéotomie doit

être faite non seulement pour prévenir la mort par asphyxie, mais encore comme mesure thérapeutique.

Quatre observations viennent à l'appui des idées de l'auteur. Dans le premier cas le malade atteint d'anévrysme du tronc trachéo-céphalique et de l'aorte descendante fut pris d'abord d'accès de dyspnée consécutif au spasme des adducteurs de la corde vocale droite, plus tard de spasme bilatéral des adducteurs et, vers la fin, de paralysie des adducteurs. La dysphagie et les symptômes laryngiens furent les seuls signes de l'anévrysme. Le traitement prescrit ne fut pas suivi par le malade qui mourut asphyxié par compression de la trachée par la tumeur. Le diagnostic fut vérifié par l'autopsie.

Dans le second cas le malade syphilitique présentait, quand l'auteur le vit pour la première fois, de la dysphonie résultant de la compression du récurrent gauche. En dehors des signes laryngés pouvant faire supposer l'existence d'un anévrysme, on constatait simplement une différence dans le rhythme et la force des deux pouls radiaux. Plus tard on put constater une zone de matité sur le trajet de l'aorte ascendante et descendante, et l'on vit survenir des accès de dyspnée dus à la compression de la trachée, suppression partielle de la respiration et du murmure vésiculaire dans le poumon gauche, hypertrophie du ventricule gauche. Le traitement améliore le malade et amène une diminution du volume de l'anévrysme.

Dans la troisième observation il s'agit d'un anévrysme de la portion descendante de la crosse de l'aorte, dyspnée, toux sèche sans altération de la voix ; l'examen physique au début révèle simplement une hypertrophie du ventricule gauche sans bruits anormaux. Le traitement fut mal suivi, et l'auteur vit apparaître les symptômes évidents de l'anévrysme : dyspnée continuelle et exacerbation paroxystique.

Dans la quatrième observation, le malade, âgé de 68 ans, présentait de la paralysie de la corde vocale gauche avec aphonie et dyspnée sous l'influence d'un effort. Soupçon d'anévrysme de la trachée, pas d'augmentation des symptômes pendant six mois, amélioration de la voix due à l'action

compensatrice de la corde vocale droite. En dernier lieu légère gêne de la déglutition (*The Brit. Méd. Journal*, 2 juillet 1887.)

D[r] J. Ch.

Aliénation mentale et mutisme hystérique (par le D[r] Bouchaud, Prof. de Path. In., méd. en chef de l'asile de Lommelet).

Grâce aux études de M. Charcot, la confusion entre le mutisme hystérique et le mutisme vésanique devient aujourd'hui plus difficile. La différence n'en est pas toujours aisée cependant. L'observation rapportée par l'auteur en est la preuve.

Il s'agit d'un nommé H..., atteint de lypémamie avec hallucinations fréquentes de l'ouïe et de la vue. Ce sujet présentait en outre depuis quelque temps une mutité qui fut mise, dans un autre asile, sur le compte de son état cérébral. Entré à l'asile de Lommelet et étudié par le D[r] Bouchaud, il devint bientôt évident qu'on avait affaire à une mutité hystérique. Contrairement aux faits publiés par Cartaz, le début n'en avait pas été soudain ni provoqué par les causes signalées jusqu'ici; l'affection avait coexisté avec des troubles intellectuels de nature alcoolique et leur avait survécu. Fait qui n'avait pas encore été étudié, il y a eu, dès le commencement, absence complète de rêves. Quoique le malade ne puisse pas siffler, il présente tous les autres symptômes qui sont, d'après Charcot, la caractéristique du mutisme hystérique. La conservation de la faculté d'écrire a été ici un signe précieux, permettant d'apprécier l'état intellectuel, mais on comprend toute la difficulté de diagnostic, chez un sujet qui ne sait ni lire ni écrire. L'auteur cite encore une observation du D[r] Ch. Evans (1838) où il est manifestement question d'un mutisme hystérique qui s'est produit et a disparu, chez une aliénée sans influer d'ailleurs sur son état de démence habituel.

Cette forme de mutité ne rentre pas dans le cadre des mutités vésaniques tracé par Snell et ne paraît pas avoir été signalé chez les aliénés. Cependant les diverses manifestations de l'hystérie doivent se montrer aussi bien chez les déments,

atteints de cette névrose, que chez ceux dont l'intelligence est saine. On a donc dû quelquefois méconnaître des cas de véritable mutisme hystérique, erreur qui sera désormais évitée par l'étude plus complète et approfondie des divers symptômes. L. LACOARRET.

Galvano-caustie et extirpation des tumeurs des cordes vocales *(Electric cauterization and evulsion of morbide growths on the vocal bands)*, par le Dr J. SOLIS-COHEN.

Dans cet article le Dr J. Solis-Cohen décrit tout d'abord un cautère laryngien destiné à la cautérisation des tumeurs insérées sur le bord libre ou au-dessous de la corde vocale. Le cautère aplati est muni sur une de ses faces d'une mince couche d'amiante destinée à empêcher la cautérisation du côté non malade.

Les petits néoplasmes insérés à la surface des cordes vocales sont difficiles à saisir avec les pinces ordinaires arrondies à leur extrémité. Le Dr J. Solis-Cohen a modifié les pinces de Mackenzie en donnant à l'extrémité terminale de la pince une forme carrée pour augmenter les points de contact de l'instrument avec la corde vocale. *(Med. News,* 3 septembre 1887.) Dr J. CH.

Observations critiques sur le diagnostic et la thérapeutique des néoplasmes du larynx, par le Profes. JOHN SCHNITZLER.

Le diagnostic entre une tumeur bénigne et une tumeur maligne du larynx est en général facile ; il est cependant des cas où même l'examen microscopique ne vient fournir aucun éclaircissement. Quelle sera alors la conduite du médecin ? Il devra considérer le néoplasme comme bénin, et, avant d'entreprendre une opération sanglante, il cherchera à l'enlever par les voies naturelles. Ce procédé opératoire, plus commode et moins dangereux, sera renouvelé à chaque récidive et jusqu'à la guérison complète. On n'aura pas à s'inquiéter de la perte de temps, et on ne craindra pas la transformation en tumeur maligne d'un néoplasme primitivement bénin. Le cas est au moins rare et n'a-t-on pas alors plutôt affaire à une tumeur maligne d'emblée ?

Le professeur Schnitzler se sert de la voie naturelle pour enlever même les épithéliomas bien circonscrits du larynx, il emploie le galvano-cautère, et au moyen de cautérisations profondes il a obtenu des résultats surprenants. Il rapporte notamment l'observation d'une femme opérée de cette façon et qui vécut au moins une dizaine d'années après l'opération. La tumeur examinée par plusieurs histologistes (professeurs : Bisiadecki, Scheutauer, Türck et Weil) fut reconnue de nature carcinomateuse. Comme les erreurs sont fréquentes, surtout en ce qui concerne la syphilis, le traitement spécifique sera toujours essayé avant de proposer au malade une opération extra-laryngée. Mais celle-ci, une fois bien décidée et rendue nécessaire par la malignité du néoplasme, après l'insuccès complet de la méthode endolaryngée, il faudra s'assurer qu'elle n'offre aucun danger ; le malade aura d'autant plus de chances de vivre qu'elle sera faite de meilleure heure. On pratiquera alors, selon les indications, la laryngofissure, l'extirpation partielle ou totale, la trachéotomie. (*Internat. Klin. Rundo. Wien.*, 20 novembre 1887, n° 47).

L. LACOARRET.

Cancer du larynx, par M. MONOD et RUAULT

Un homme de soixante-trois ans est atteint de cancer du larynx, le diagnostic de la tumeur a été fait au début de l'affection, il y a six mois, par M. Ruault ; la tumeur était grosse comme une noisette; il fut décidé de faire l'ablation partielle du larynx après une trachéotomie préalable.

Cette première opération fut seule pratiquée, car le malade mourut de ses suites, le sang des veines thyroïdiennes pénétra dans le poumon et détermina une pneumonie. L'autopsie démontra que la tumeur était limitée à la partie ligamenteuse de la corde, et l'examen histologique fit voir qu'il s'agissait d'un épithélioma tubulé cerné, renfermant de nombreux globes épidermiques isolés.

Les auteurs pensent que dans un cas analogue une opération semblable à celle qui avait été projetée peut réussir et amener la guérison sans récidive locale aussi bien que l'abla-

tion d'un cancroïde de la lèvre, par exemple ; en tout cas cette opération assurerait au malade une survie supérieure à celle qu'on obtiendrait en abandonnant la lésion à elle-même ou en se contentant de la trachéotomie. La question de controverse de l'opportunité de la laryngotomie se réduit à ceci : porter un diagnostic exact et le porter de bonne heure, comme l'a si bien fait le Dr Ruault. (*Acad. de médecine*, 6 décembre 1887.)

J.-Joal.

Cancer du Larynx, par Paul Tissier, interne des hôpitaux.

L'auteur ne s'occupe que du cancer primitif, et il divise son sujet en trois périodes : la première, antérieure à l'emploi du laryngoscope, la dernière datant du jour où l'extirpation du larynx prend droit de cité dans la chirurgie moderne.

Passant à l'anatomie pathologique du cancer, soit ostial, soit cavitaire, il étudie le siège, la variété de ces néoplasmes, leur fréquence, leurs lésions du voisinage, les caractères qui sont propres à chaque espèce de tumeur, etc., etc. M. Tissier étudie ensuite l'étiologie du cancer et ses symptômes ; il indique les résultats de l'examen laryngoscopique, la marche de la maladie selon la variété de néoplasme, les phénomènes terminaux. Il fait le diagnostic différentiel des affections avec lesquelles on pourrait le confondre aux diverses périodes de son évolution.

Enfin, à la question du traitement, l'auteur examine les résultats fournis par les différents procédés opératoires employés jusqu'à ce jour. (*Gazette des hôpitaux*, du 19 novembre 1887.)

L. Lacoarret.

De l'extirpation du larynx cancéreux, par Maurice Hache.

L'auteur fait d'abord l'historique de la question et indique le manuel opératoire de l'extirpation, soit totale, soit partielle du larynx, et les soins consécutifs que réclament les malades. Il rapporte les statistiques établies jusqu'à ce jour et expose les résultats opératoires ; en comptant comme définitivement guéris les malades qui ont dépassé deux ans, on

trouve 8 guérisons sur 105 cas, pour l'ablation totale de l'organe, et 2 guérisons certaines et 4 probables sur 27 cas, pour l'extirpation partielle.

Le traitement palliatif et, en particulier, la trachéotomie, quoique plus grave ici que lorsqu'elle est pratiquée dans d'autres circonstances, a donné de meilleurs résultats : sur 94 cas, on a obtenu une survie moyenne de 8 mois. Il serait cependant prématuré de porter sur la question un jugement définitif. Mais on peut dire que tout cancer, qui a dépassé le larynx, n'est plus justiciable que du traitement palliatif; quand l'affection est tout entière endo-laryngée, on peut tenter la cure radicale, si le malade est suffisamment robuste.

L'extraction par les voies naturelles est insuffisante et par cela même dangereuse, elle ne peut servir qu'à faire le diagnostic.

La laryngotomie avec ablation large des parties malades, malgré ses résultats précaires, est applicable, quand on se trouve en face d'une lésion limitée, quitte à surveiller la récidive. Dans les cas douteux, elle est précieuse comme opération exploratrice préliminaire.

L'extirpation partielle, moins grave que l'ablation totale, doit lui être préférée toutes les fois qu'elle est suffisante. Elle présente des résultats fonctionnels bien supérieurs à ceux de la laryngectomie totale, qui doit être réservée pour le cas où l'affection, sans toutefois dépasser les limites du larynx, est néanmoins trop étendue. (*Bulletin médical*, 23 novembre 1887.)

L. Lacoarret.

Thérapeutique des maladies du larynx. — De l'extirpation du larynx.

Après une historique qui énumère tous les auteurs et praticiens qui se sont occupés de ce sujet depuis Desault jusqu'à Billroth, vient un résumé des observations d'extirpation du larynx. L'auteur fait ensuite la statistique de l'ablation totale, partielle ou unilatérale, il indique les causes qui ont nécessité l'opération, il en donne les résultats.

Analysant les cas de guérison, on trouve que l'extirpation totale détermine habituellement la mort avant le sixième mois, dans plus des deux tiers des cas. Dans l'extirpation partielle le succès est obtenu deux fois sur trois, tandis que dans l'ablation totale, c'est à peine si un tiers des opérés échappe à la mort, et encore la moitié de ceux-ci ne dépasse guère en général le quatrième mois.

Les indications de l'opération, ses avantages suivant une extirpation partielle ou totale, sont passés en revue. Suit le procédé opératoire : trachéotomie préalable, anesthésie, tamponnements divers (canule tampon de Tredelenbourg, etc.), puis l'opération elle-même et ses trois temps ; mise à nu du larynx, son isolement son ablation. Ce travail continue par les soins à donner à l'opéré pour éviter diverses complications, il se termine par la description, accompagnée d'une figure, du larynx artificiel de Gussenbauer. (*La Pratique Médicale*, de 22 et 29 novembre 1887.) LACOARRET.

De la trachéotomie, par le Dr DEFONTAINE (du Creuzot).

Article fait à un point de vue essentiellement pratique où l'auteur étudie les cas dans lesquels l'opération doit être tentée et les procédés opératoires employés.

Defontaine est d'avis que dans le croup la trachéotomie doit être proposée par acquit de conscience, faite par devoir, mais froidement et sans enthousiasme.

Il estime que la chloroformisation doit être essayée pour les enfants atteints de croup, excepté dans les cas où la mort est imminente ; elle rend l'opération plus régulière, permet d'éviter les incisions latérales de la trachée et les difficultés d'introduction de la canule.

Il est partisan de l'emploi du bistouri. Le thermo-cautère n'a que des propriétés hémostatiques insuffisantes, quelle que soit la lenteur avec laquelle on le fait agir, et il a le grave inconvénient d'empêcher d'aller vite. (*Pratique Médicale*, septembre 1887. J. JOAL.

Un cas de trachéotomie (*Case of tracheotomy*),
par le Dr Crawford Renton.

J.-C., âgé de dix-sept mois, présente, le 22 janvier 1886, quelques signes de laryngite, sans tumeur compacte ni engorgement ganglionnaire. La température est de 101° Far., le pouls a 120 pulsations. Le 26 janvier, de violents accès de suffocation se produisent. La trachéotomie décidée en principe est pratiquée le 31 janvier sans trop de difficultés. Le malade alla bien pendant trois jours ; après quoi, un abcès s'ouvrit dans la trachée, et l'enfant mourut.

Après la mort, l'auteur, introduisant le doigt dans la plaie trachéale, perçut la sensation d'un corps étranger évidemment situé sur la paroi postérieure entre la trachée et l'œsophage. Une incision fut faite qui permit de retirer une grosse épingle, longue de 6 centimètres. Il fut permis d'examiner le cadavre et l'on trouva un abcès situé entre la trachée et l'œsophage et dont l'ouverture dans la trachée avait déterminé la mort. Le larynx était sain. (*Th. Lancet*, nov. 1887.)

Dr J. Ch.

Une trachéotomie difficile *(A difficult tracheotomy)*,
par le Dr Solis-Cohen

Le Dr Solis-Cohen a récemment pratiqué une trachéotomie présentant de très grosses difficultés. Le malade était atteint d'un cancer du corps thyroïde, avec déviation notable de la trachée à gauche. L'incision fut faite directement sur l'isthme du corps thyroïde hypertrophié. La calcification des tissus situés en arrière de la tumeur était si prononcée que l'on dut se servir d'une curette pour arriver jusqu'à la trachée. Cette dernière ouverte, une hémorrhagie épouvantable survint; elle se produisit sur une portion de la tumeur qui avait penché dans le côté gauche de la trachée, cette hémorrhagie fut si soudaine et si abondante que le malade serait certainement mort si l'on n'avait pu lui faire prendre une potion qui lui permit de rejeter par la plaie trachéale le sang qui s'écoulait en abondance. La canule fut très difficile à introduire; le Dr Solis-Cohen échoua en se servant des dilatateurs de

Trousseau et de Golding-Berd. Il réussit avec le dilatateur de Laborde. (*The Polyclinic*, octobre 1887.) J. Ch.

Recherches sur le tubage du larynx par le procédé de O'Dwyer (*Versuche mit O'Dwyers larynx intubation*), communication faite par le Dr Thiersch.

L'orateur rappelle qu'il y a cinquante ans déjà en France, Bouchut essaya de remplacer la trachéotomie par le tubage, opération qui consiste à introduire une canule dans le laryux, par les voies naturelles.

Aujourd'hui cette méthode est reprise en Amérique où elle compte de nombreux partisans; l'Académie de médecine de New-York vient de publier un rapport très favorable pour cette opération; dans ces trois dernières années 806 tubages furent pratiqués par 65 opérateurs et donnèrent 27 4 0/0 de guérisons; dans aucun cas la trachéotomie ne fut pratiquée.

Encouragé par ces résultats, le Dr Thiersch a voulu essayer le procédé de O'Dwyer dans sa clinique; le procédé est commode, car il nécessite aucun aide; les résultats immédiats sont surprenants, on assiste à une véritable résurrection de l'enfant, mais le résultat final n'est pas aussi brillant.

Dans les 3 derniers mois, sur 32 cas, Thiersch a été obligé de pratiquer 18 fois la trachéotomie pour combattre la dyspnée; 14 fois la dyspnée put être éloignée; finalement il ne survécut que trois enfants auxquels on n'avait fait que le tubage.

Thiersch donne la conclusion suivante :

Le tubage peut remplacer la trachéotomie dans les cas de formation peu abondante de membranes peu épaisses; lorsque les membranes sont épaisses ou lorsqu'il existe du gonflement de l'épiglotte ou de la muqueuse sous-glottique, le tubage est contre-indiqué. Si le tubage peut être pratiqué plus souvent en Amérique qu'en Allemagne, c'est que la diphtérie diffère dans les deux pays : en Allemagne les membranes sont très compactes.

Ensuite dans le tubage la déglutition est plus fréquente et, comme l'orifice supérieur du larynx ne peut être couvert par

l'épiglotte, il est très fréquent de constater des pneumonies par introduction de matières dégluties dans les voies aériennes. D'un autre côté la déglutition étant douloureuse, l'enfant refuse bien souvent de s'alimenter.

Enfin l'existence de la canule dans le larynx finit par y produire des ulcérations destructives, des pertes de substance considérables. Parfois la canule est rejetée au dehors par la toux.

L'enfant doit être l'objet d'une surveillance constante, car il serait dans un danger mortel si une membrane un peu épaisse venait à fermer l'orifice de la canule.

Finalement, dans l'introduction de la canule il est impossible d'empêcher les doigts de l'opérateur de blesser la muqueuse et, par suite, d'ouvrir une porte à l'infection.

M. le Dr Rohn, de Francfort-sur-le-Mein, a vu que sur 14 enfants auxquels on avait fait le tubage un seul pouvait bien déglutir, les autres déglutissaient mal et avec de la douleur des aliments à demi-liquides ; au début même on ne leur donnait que des lavements nutritifs.

Dans quelques cas on fut obligé d'enlever la canule deux et trois fois par jour, afin de faire prendre des aliments aux malades.

Sur 13 cas il a vu 4 guérisons; il regarde la forme gangréneuse de la diphtérie comme une contre-indication au tubage.

M. le Dr Rose, de Berlin, se rappelle avoir fait autrefois des essais de tubage laryngien dans la diphtérie sans en avoir tiré de bons résultats. (*Deutsche Meddizinal Zeitung*, n° 31, 1888. Compte rendu du XVIIe Congrès de Chirurgie de Berlin, tenu du 4 au 7 avril 1888.) V. Raulin

---

Les sulfureux dans la tuberculose laryngée, par le Dr Charazac (de Toulouse).

Dans une communication faite au Congrès international de Copenhague, le Dr Moure s'est, le premier, élevé contre l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée.

S'appuyant sur une expérience de plusieurs années et sur

nombre de faits rigoureusement observés, le savant directeur de cette Revue a conclu avec juste raison que les sulfureux devaient être absolument proscrits dans le traitement de la tuberculose de l'organe vocal.

Le Dr Charazac reprend aujourd'hui cette importante question. Tout en étant convaincu de l'efficacité de ces eaux dans bon nombre d'affections de la gorge, il croit qu'en raison de leur activité indéniable il est dangereux de les employer à tort et à travers ; et il pense être utile à ses confrères en protestant de nouveau contre la tendance de bon nombre de médecins qui sont portés à envoyer indistinctement à Cauterets, aux Eaux-Bonnes, à Luchon, tous les malades atteints d'une affection de la gorge, quelle qu'en soit la nature.

Les eaux sulfureuses agissent par le soufre qu'elles contiennent, et le soufre pris à l'intérieur, même à faible dose, est un excitant très énergique, cela est admis par tous les praticiens. Toutes les sources sulfureuses sont excitantes et congestives, quoiqu'en dise le Dr Duhourcau, même l'eau de Mauhourat qui est toujours *irritante*, jamais *anti-congestive*, de l'aveu même de M. Sénac-Lagrange.

Du reste, cette propriété des sources sulfureuses est démontrée par l'expérience de chaque jour. Si on examine la gorge d'un malade atteint de phthisie laryngée, on est frappé de la pâleur de la muqueuse qui tapisse le voile du palais, du pharynx et du larynx; cette anémie locale a été signalée par tous les auteurs, et constitue un symptôme important de la tuberculose. Eh bien, si ce malade prend des eaux sulfureuses, on voit bientôt un état congestif remplacer l'anémie et déterminer un chatouillement au larynx et une sensation de chaleur âcre au fond du gosier ; Pidoux avait du reste constaté ces phénomènes congestifs qui sont mis en relief par plusieurs observations rapportées par Charazac, les unes personnelles, les autres communiquées par Moure.

Parmi les faits cités par Charazac à l'appui de sa thèse, il en est un bien curieux qui mérite d'être rappelé, d'autant plus qu'il a été publié par le Dr Duhourcau, *pour défendre l'emploi des sulfureux dans la tuberculose.*

Il s'agit d'un malade de vingt-deux ans, atteint de tuberculose pulmonaire et laryngée ; lorsque le sujet arrive à Cauterets, la muqueuse pharyngée et vocale est pâle, sauf au niveau de l'aryténoïde droit où il y a un peu de rougeur, et, avant la fin de la cure, le malade est pris d'étouffement, de dysphagie, de cornage, symptômes déterminés par un œdème glottique ; la trachéotomie est pratiquée mais inutilement, et le client du Dr Duhourcau meurt. Aussi Charazac ne peut s'empêcher de dire que dans ce cas typique on aurait bien dû administrer les eaux de Mauhourat et faire bénéficier le malade de leurs prétendues propriétés sédatives ! Aussi l'auteur n'hésite pas à soutenir, avec le Dr Rozier, de Cauterets, qu'il ne faut jamais envoyer de tuberculose laryngée aux stations sulfureuses ; il estime que faire absorber ces eaux, c'est fournir un engrais à une terre parfaitement ensemencée et qui renferme des germes prêts à se développer. Enfin Charazac termine par le mot de Pidoux :

« Les eaux sulfureuses sont toujours vaines ou nuisibles dans la vraie phthisie laryngée. » (*Société de Médecine de Toulouse*, août 1887).

J. Joal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Alderson. — Calcul de l'amydale (*Brit. med. journ.*, 1888).

Audry. — Présentation de pièces provenant d'un malade atteint de glosso-stomatite mercurielle (*Soc. des Sc. médic.*, 14 mars 1888; *Province méd.*, 17 mars 1888).

Audry. — Glosso-stomatite mercurielle (*Soc. des Sc. médic. de Lyon*, fév. 1888; *Lyon méd.*, nº 13, 25 mars 1888).

Audry. — Sur les rétrécissements de l'œsophage par hyperplasie musculaire (*Bull. médic.*, nº 27, 4 avril 1888).

Arnold (J.). — Les polypes (villeux) de la cavité bucco-pharyngée et de leur situation chez les tératomes (*Archiv. f. pathol, anat. et phys., etc.*, Bd CXI H. 1, 5 janv. 1888).

Baruck (Max P.). — Pharyngite phlegmoneuse aiguë infectieuse (*Berl. Klin. Woch.*, nº 13, 26 mars 1888).

Baumel. — Maladies de l'appareil digestif (Montpellier 1888).

Beauregard (H.). — Considérations sur les deux dentitions des mammifères (*J. des connaiss. méd.*, nº 13 ,29 mars 1888).

Beauregard (H.). — Deuxième note sur les deux dentitions des mammifères (*J. des conn. méd.*, 5 avril 1888).

Besnier et Baratoux. — Stomatite et glossite épithéliales; prescriptions thérapeutiques (*La pratique méd.*, 1er mai 1888).

Blair (L.). — Dangers de l'hémorrhagie après l'amygdalotomie (*Albany med. ann.*, nº 2, fév. 1888).

Bloch (E.). — De la bourse pharyngée (*Berl. Klin. Woch.*, nº 14, 2 avril 1888).

Bœckel. — Kyste séreux folliculaire du maxillaire inférieur avec inclusion d'une dent de sagesse (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er mai 1888).

Bouchet (Victor). — Mal de Pott; abcès rétro-pharyngien inférieur (*La Loire méd.*, 15 avril 1888).

Boulengier (O.).—Eléphantiasis syphilitique des os du crâne; perforation de la voûte palatine osseuse (*Presse méd. belge*, nos 3, 4 et 5, 15, 22, 29 janvier 1888).

Burckhardt. — De l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens (*Centralb. f. chir.*, nº 4, 1888).

Cadet de Gassicourt. — De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, avril 1888).

Chauveau. — Nerfs sécréteurs de la glande parotide (*Soc. de biol.*, 17 mars; *Tribune médic*,, nº 1024, 1er avril 1888).

Coraffoli (O.). — Deux cas de noma consécutif à la rougeole (Plaisance, Panari, édit. 1888).

Cozzolino. — Syphilose des amygdales (*Bollet della cliniche*, liv. III, an 1888, Milan).

Crosson. — Conduit anormal venant de la glande parotide au-devant de l'oreille (*Virginia med. monthly*, avril 1888).

Dersser (A.). — Traitement de la stomatite mercurielle par des lavages au sublimé (*Thérap. contemp.*, 7 avril 1888).

Dickinson-Howship. — La langue, ses modifications et ses maladies (*El siglo med.*, 6 mai 1888).

Dickinson-Howship. — Séméiologie de la langue dans la maladie (*Brit. med. j.*, nº 24, 31 mars, 7 avril 1888).

Dickinson-Howship. — Valeur séméiologique de la langue dans les maladies (*Lancet*, nº 3369, 24 mars 1888).

Duret et **Delassus.** — Suicide par coup de revolver tiré dans la bouche (*J. des Sc. méd. de Lille*, nº 18, 4 mai 1888).

Felici (F.). — Granulome ou sarcome du pharynx (*Morgagni*, an XXX, nº 3, mars 1888, Milan).

Fenwick. — La salive comme réactif des maladies du foie (in-8º, 78 p., Londres).

Forgue et Kiener. — Contribution à l'étude de la tuberculose buccale (*Soc. de méd. et de chir. pratiques de Montpellier*; 24 janv. *Montpellier méd.*, nº 7, 1888).

Fuller. — Hémorrhagie alarmante après l'excision des amygdales (*Amer. journ. of med. Sc.*, nº 4, avril 1888).

Galippe (V.). — Perforation de la voûte palatine, anomalies de siège· appareil servant à la fois d'obstructeur et de correcteur (*J. des conn. méd.*, nº 12, 22 mars 1888).

Gillot. — Valeur seméiologique des dilatations ampullaires de la langue (*Congrès pour l'avancement des Sc.*, Oran, 1888).

Giovanni (de). — Affection vaso-motrice très rare de la langue (*Riforma medica.*, an. IV, nºs 83-84, Rome, 10-11 avril 1888).

Girode. — Chancre syphilitique développé sur les lésions d'une gingivite phosphorée (*France méd.*, nº 34, 20 mars 1888).

Griffiths. — La cocaïne dans l'amygdalite aiguë (*Therapeutic memoranda*, in *Brit. med. j.*, 28 avril 1888).

Guinard. — Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon (*La Pratique méd.*, nº 17, 24 avril 1888).

Heath (C.). — Maladies de la langue (*Brit. méd. j.*, 21 avril 1888).

Hers (Ph.). — Cas d'atrophie hémilatérale de la langue (*Weekblad von het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk*, nº 2, 1888).

Iversen (Axel). — Des résections du pharynx et de l'œsophage (*Nord méd.*, *Arch. Stockholm*, XIX, nº 16, 1887).

Jariwsson (A.). — Pharyngite hémorrhagique (*Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Lataste (Fernand). — Considérations positives sur les deux dentitions des mammifères (*J. des connais. méd.*, nº 13, 29 mars 1888).

Lavrand. — Erysipèle de la face à répétition dans un cas d'angine de Tornwaldt (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, 27 avril 1888).

Leclerc. — Du cancer de l'amygdale (*La Normandie méd.*, nº 10, 15 mai 1888).

Lennox-Browne. — Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue (*Med. rec.*, nº 901, 11 fév. 1888).

Magitot. — Sur les deux dentitions des mammifères (*J. des conn. méd.*, 5 avril 1888).

Mauriac. — Syphilome des lèvres et de la muqueuse buccale (*Echo méd.*, nºs 9-10, 31 mars, 7-28 avril 1888).

Maxwell (Th.). — La résorcine dans les ulcérations chroniques et douloureuses de la langue (*Lancet*, 21 avril 1888).

Mercier. — Epidémie d'angine pseudo-membraneuse et de croup (*Revue méd. de la Suisse romande*, 20 mars 1888).

Mercier (L.). — Epidémie d'angine pseudo-membraneuse, etc. (*Revue méd. de la Suisse romande*, nº 3, mars 1888).

Moure. — Mycosis de l'arrière-gorge (*Congrès d'Oran, Bull. méd.*, nº 27, 4 avril 1888).

Murphy. — Hémorrhagie mortelle après une ponction faite dans l'amygdale (*Correspond. der Albany med. Annales*, nº 3, mars 1888).

Nicolas (A.) **et Prenant** (A.). — Observation d'une monstruosité rare absence du maxillaire inférieur, etc. (*Journal de l'Anatomie et de la Physiol.*, nº 2, 1888).

Noquet. — Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale (*Soc. franç. d'ot. et de lar.*, avril 1888 ; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).

Ouspenski. — Hypertrophie des amygdales (*Médic. Obozrénie*, nº 2; *Bull. méd.*, nº 24, 25 mars 1888).

Orwin. — Lupus de la bouche, du pharynx et du larynx (*Lancet*, nºs 33-70, 31 mars 1888).

Petel. — Corps étranger implanté sur la portion pharyngienne de la langue (*Normandie médic.*, 1er avril 1888).

Porcher (Peyre). — Excision des amygdales hypertrophiées (*J. of amer., med. Assoc.*, p. 283, 3 mars 1888).

Potter (P.-H.). — La galvano-puncture dans les cas d'hypertrophie des amygdales (*Med. Soc. of the News of N.-Y.*, fév. ; *Med. rec.*, nº 901, 11 février 1888).

Quénu. — Fistules consécutives à l'hydropisie du tissu maxillaire (*Soc. de chir.*, 28 mars ; *Bull. méd.*, nº 26, 1er avril 1888).

Renzi (De). — Le sublimé dans le traitement de la stomatite mercurielle (*Supplem. alla Gazetta degli ospitali, Gazetta degli ospitali*, nº 24, 21 mars 1888).

Richardson. — Sarcome des amygdales enlevé par une incision externe; guérison (*Boston med. a. surg. j.*, 23 fév. ; *Med. News*, 10 mars 1888).

Ruault. — De quelques phénomènes névropathiques réflexes d'origine amygdalienne (*Archives de laryng., etc.*, nº 4, 15 avril 1888).

Ruault et Rendu. — Chancre syphilitique de l'amygdale (*Soc. clinique de Paris*, 8 mars 1888).

Ryerson (St.). — De l'amygdalotomie (*Correspond. de l'Albany med., Annals.*, nº 3, mars 1888).

Schwartz. — Traitement de l'épulis (*Soc. méd. du VIIe arrond.*, 27 février 1888; *France méd.*, 12 mai 1888).

Schwartz. — Traitement de l'épulis (*Soc. méd. du VIIe arrond.*, séance du 27 février 1888 ; *France méd.*, 12 mai 1888).

Spicer (Scanes). — Rôle de la luette et de l'épiglotte (*Lancet*, nº 3370, 31 mars 1888).

Sternberg. — Nouvel instrument pour l'exploration de la bouche (*K. K. Gesellsch. der Aerzte in Wien*, 23 mars 1888; *Deuts. med. Ztg.*, nº 26, 29 mars 1888).

Trélat (W.). — A propos de la ligature rubanée dans la palatoplastie (*Écho médical*, nº 8, 24 mars 1888, et *Archives de Laryngol., de Rhinol., etc.*, nº 4, 15 avril 1888).

Trélat. — Guérison et formation des fentes palatines congénitales avant et après la naissance (*Progrès méd.*, 15 avril 1888).

Wacquez. — Énorme tumeur récidive occupant la région du maxillaire inférieur, la région sous-hyoïdienne, etc. (*J. des Sc. méd. de Lille*, nº 16, 20 avril 1888).

Way. — Mort par suffocation dans la pharyngite phlegmoneuse (*Medic. rec.*, 25 fév. 1888).

Weir. — Cancer de la lèvre non récidivée après excision (*Med. rec.*, nº 906, 17 mars 1888).

White (Georges). — Une épingle logée dans le pharynx (*The med. record*, 7 avril 1888).

White. — Releveur du voile du palais (*Virginia med. monthly.*, nº 12, mars 1888).

Wolff. — Réunion opératoire d'une fissure intéressant à la fois les lèvres et le voile du palais chez un enfant de cinq mois (17e *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin, 3 bis*, 7 avril; *Deuts. med. Ztg*, nº 31, 16 avril 1888).

Nez et Pharynx nasal.

Antona (d'). — Enorme fibro-sarcome de la cavité nasale gauche (*Rivista clinica de l'Université de Naples*, an. IX, nº 2, fév. 1888).

Baber (Creswell). — Végétations adénoïdes du naso-pharynx (*Brighton and. Sussex medico-chir. Society* in *Brit. med. journ.*, 28 avril 1888).

Bacon (S.). — Sarcome du nez (*Chicago med. Soc. journ. of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).

Baratoux. — Sténose nasale (*Soc. fr. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888. *Sem. méd.*, 2 mai 1888).

Berger. — Symptômes des maladies du sinus sphénoïdal (*Soc. franç. d'ot et de lar.*, avril 1888).

Blake (Clarence-J.). — Relation des tumeurs adénoïdes du naso-pharynx avec les affections de l'oreille moyenne chez les enfants (Traduit de l'anglais par Roques de Fussac, *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, nº 4, avril 1888).

Bosworth (J.-H.). — Emploi des caustiques dans les fosses nasales (*N.-Y. med. journ.*, 10 mars 1888).

Bosworth (F.-H.). — Effet des applications caustiques sur la muqueuse nasale (*Méd. Soc. of N.-Y.*, fév. *Med. rec.*, nº 901, 11 fév., et *Journ. of laryng.*, no 4, avril 1888).

Bride (M.). — Empyème de l'antre d'Hyghmore, symptômes du coté du nez seul (*Edimb. med. journ.*, avril 1888).

Bronner (A.). — Traitement de l'empyème du sinus maxillaire (*The Lancet* 14 avril 1888, p. 727).

Casselberry. — Fibrome nasale (*The journ. of amer. med. Assoc.*, 21 avril 1888).

Cozzolino (V.) — Lésions hybrides (scrofulo-syphilit.) étudiées au point de vue des lésions locales (*Gazz. degli ospit.*, 10 avril 1888).

Després. — Kystes du sinus maxillaire (*Soc. chir.*, Paris, 4 avril 1888).

Doubre. — Eléphantiasis du nez; cure radicale par la décortication (*Arch. de méd. et pharm. milit.*, nº 3, mars 1888).

Gleitsmann (J.-W.). — Nouvelle anse galvanique pour enlever les hypertrophies des cornets (*Med. rec.*, nº 906, 11 fév. 1888).

Hacker. — Un cas de rhinoplastie (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 6 avril; *Allgem. Wien. med. Ztg*, nº 15, 10 avril 1888).

Herring. — Traitement de l'épistaxis (*North. Carolina medic. journ.*, fév.; *Med. et surg. Report.*, 17 mars 1888).

Heydenreich (A.). — Arrachement des polypes naso-pharyngiens (*Sem. méd.*, 9 mai 1888).

Israël. — Un cas de rhinoplastie (17e *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin*, 4 et 7 avril. *Deuts. med. Ztg*, n° 31, 16 avril 1888).

Jarvis (W.-C.). — Indications pour le traitement de la déformation de la cloison avec cent observations à l'appui (*Soc. med. of the county of N.-Y., The med. rec.,* 28 avril 1888).

Jessop. — Simple ulcère perforant de la cloison du nez (*Leeds and west riding. medic., chir. Soc. Lancet*, 28 avril 1888).

Joal.— Céphalées de croissance (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, av. 1888.

Kœnig. — Nouvelle méthode d'opérations des polypes naso-pharyngiens (*Centralb. f. chirurgie.*, n° 10, 1888. *Province médic.* n° 12, 24 mars 1888).

Kruch. — Les végétations adénoïdes du naso-pharynx, causes fréquentes de maladies de l'oreille (*Gazzetta med. italiana*, 1888, Milan).

Küster (E.). — Les néoplasmes de l'antre d'Highmore, des suites de leur traitement opératoire (*Berl. Klin. Woch.*, nos 14 et 15 ; 29 avril 1888).

Leyden. — Traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Congress. f. innere medizin in Wiesbaden*, 9-12 avril; *Deuts. mediz. Ztg*, n° 34, 26 avril 1888).

Magitot. — Kystes du maxillaire supérieur (*Soc. de chir.*, séance du 11 avril 1888 ; *Sem. méd.*).

Ménière. — Céphalée quotidienne guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, avril 1888 ; *Sem. méd.,* 2 mai 1888).

Menocal. — Polype fibreux naso-pharyngien (*Rev. des Sc. méd. de la Havane*, 5 mars 1888).

Mibellé. — Un cas de rhinosclérome (*Giorn. ital. delle malat. venere, etc.*, an. XXIII, n° 1, Milan, 1888).

Miot. — Epaississement de la lame triangulaire de la cloison déterminant une obstruction complète des fosses nasales (*Soc. franç. d'ot. et de laryng.*, av. 1888).

Moure. — Abcès chaud de la cloison des fosses nasales (*Soc. française d'Ot. et de Lar.*, av. 1888).

Moure. — De l'ozène (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, av. 1888.

Nothnagel. — Tumeur au niveau des tubercules quadrijumeaux ; hydrocéphale, écoulement du liquide céphalique par le nez (*Wien. mediz. Blœtt.*, fév. 1888).

Ottolenghi. — Le squelette et la forme du nez chez les criminels, les fous, les épileptiques et les crétins (Bocca, édit., Turin 1888).

Poeschel (H.). — Traitement des maladies de la cavité naso-pharyngienne (*Münch. med. Woch.*, n° 14, 3 avril 1888).

Poncet. — Tumeur nasale de nature douteuse (*Soc. nationale de médecine de Lyon*, 23 avril, in *Lyon méd.*, 29 avril 1888).

Porter (J.-H.). — La galvano-caustique dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales (*Med. News*, 10 mars 1888).

Royetski. — Du traitement du catharre cervical rebelle et de l'opération de Chister (*Thèse de Paris*, 1888).

Schulte. — Les végétations adénoïdes du naso-pharynx comme cause fréquente des maladies de l'oreille (*Gazz. méd. ital. Lomb.*, 10 mars 1888).

Stevenson. — Acide carbonique dans le catarrhe nasal (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Tauzin. — De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille (*Thèse de Bordeaux*, 1888).

Urunuela (Eustasio). — Remarques sur l'application du chlorhydrate de cocaïne dans les maladies de la gorge et des fosses nasales (*Revista di laryngol., otol., etc.*, an IV, nº 33, mars 1888).

Walle. — Observations sur les maladies du nez et de la gorge (in-8º, 87 p., Bonn).

Wright (J.). — Nouveau polypotome du nez (*Med. rec.*, nº 906, 17 mars 1888).

X... — Atrophie des cornets constituant une affection incurable (*Saint-Louis med. et surg. journ.*, nº 4, avril 1888).

X... — Le nez considéré comme source de toutes nos misères (*Med. rec.*, nº 898, p. 74, 21 janv. 1888).

Zaleski. — Inappropriation des tubes en argent dans la trachéotomie (*Lancet*, 28 avril 1888).

Larynx et Trachée.

Averbeck (H.). — Le massage du larynx (*Deuts. mediz. Ztg.*, nºs 33 et 34, 23-26 avril 1888).

Baber (Creswell). — Traitement de la phtisie du larynx et d'un abcès de l'antre d'Highmore (*British. and Sussex med. chir. Soc.*, 1er mars; *Brit. med. j.*, 24 mars 1888).

Bandler (A.). — Diagnostic de l'œdème aigu du larynx (*Prager medic. Woch.*, nº 19, 9 mai 1888).

Baratoux. — Traitement palliatif de l'épithélioma du larynx par la teinture de tuya (*Soc. de méd. prat.*, Paris, 3 mai 1888).

Baratoux. — Des complications laryngées et trachéales de l'ozène (*Pratique médic.*, nº 13, 27 mars 1888).

Baron-Barclay. — Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans les cas de phtisie pulmonaire (*The Bristol med. chir. journ.*, mars 1888).

Beckay. — Le menthol dans la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Edimb. med. journ.*, janvier 1888).

Bergmann. — Présentation d'un malade opéré depuis trois ans d'une extirpation totale du larynx sans trace de récidive (*Deuts. med. Ztg.*, nº 30, 12 avril 1888. *Congress der Deuts. Gesells, f. chir. zu Berlin vom*, 4 et 7 avril).

Bitot (Emile). — Etude sur quelques cas de spasmes rhythmiques respiratoires d'origine hystérique (*Gaz. hebd. des Sc. médic.*, nºs 15 et 16, 8 et 15 avril 1888).

Bosley (G.-H.). — Un cas de sténose laryngée dû à la compression d'un goître ; opération ; guérison (*N.-Y. med. j.*, 28 janvier 1888).

Bouchut. — Le tubage du larynx (*Bullet. méd.*, 2 mai, et *Paris méd.*, 5 mai 1888).

Briggs (Waldo). — Laryngite syphilitique occasionnant de la suffocation; symptômes tertiaires généraux ; trachéotomie ; guérison (*Saint-Louis med. and surg. j.*, nº 4, avril 1888).

Caccioppoli. — A propos de la première extirpation de larynx pratiquée à Naples (*Progresso medico*, an II, nº 5, 1er mars 1888).

Cazal (Du). — Plaies du larynx (*Soc. de Chir.*, 4 avril ; *Bull. méd.*, nº 28, 8 avril 1888).

Charazac. — Cancer du larynx consid. sur la laryngotomie (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888).

Chauvel. — Plaies du larynx (*Soc. chir.*, Paris, 4 avril 1888).

Cheatham (W.). — Syphilis du larynx (*Louisville surg. Soc.*, 6 février; *Amer. pract. news*, 3 mars 1888).

Corradi. — L'aphonie nerveuse (*Rivista veneta di S. med.*, *Venise*, 1888).

Curtis (James). — Tubage du larynx dans le cas de diphtérie (*Lancet*, nº 3370, 31 mars 1888).

Dehio (Karl). — Néoplasme tuberculeux primitif du larynx (*Saint-Pétersb. medic. Woch.*, nº 16, 16 avril 1888).

Delassus. — Trachéotomie et vapeurs d'eau (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 29 fév.; *J. des Sc. méd. de Lille*, nº 16, 20 avril 1888).

Delassus. — Obstruction de la trachée après la trachéotomie (*Journal des Sc. médic. de Lille*, nº 16, 20 avril et 11 mai 1888).

Delavan (B.). — Epithélioma du larynx (*N.-Y. pathol. Soc.*; *The med. rec.*, 31 mars 1888).

Delavan (B.). — Fistule de la trachée (*N.-Y. clin. Society*, 27 janv.; *N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).

Desguin. — Divers types d'une nouvelle canule pour la trachéotomie (*Soc. de méd. d'Anvers*; *Annales et bull. de la Soc. de méd. d'Anvers*, fév. 1888).

Desvernine. — Tumeur kystique du larynx (*Med. progress.*, 28 avril 1888).

Dévos. — Cancer du larynx (*Soc. anat.-path. de Bruxelles*; *Presse méd. belge*, nº 12, 1888).

Donaldson (F.). — Note sur la physiologie des nerfs laryngés récurrents (*N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).

Dujardin-Beaumetz. — De l'aérothérapie (*Bullet. génér. de thérap.*, 15 avril 1888).

Dwyer. — Du tubage du larynx (*Arch. of laryng. and rhin.*, nº 4, avril 1888).

Fagnart. — Fièvre typhoïde datant de trois mois; pneumonie double; cicatrisation des ulcères intestinaux avec taches pigmentaires; périchondrite laryngée et hypertrophie de la rate (*Presse médic. belge*, nº 2, 1888).

Fortunato. — Nouveau procédé opératoire de la trachéotomie (Tocco, édit., Naples 1888).

Fussell (M. Howard). — Fracture du larynx (*Med. News*, 17 mars 1888).

Godet. — Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx; thyrotomie; guérison (*Arch. de méd. et ph. milit.*, décembre 1887, nº 6).

Gottstein (J.). — Affections laryngées liées à des lésions organiques du système nerveux central (*Wien Franz Deuticke*, 1888).

Gottstein (J.). — Les maladies du larynx (2e édit., *Wien Franz Deutike*).

Gouguenheim et **Périer.** — Kyste de la région sous-hyoïdienne, déviation du larynx, troubles de la voix et de la respiration (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, nº 4, avril 1888).

Gray (L.-C.). — Lecture clinique sur certains cas d'hystérie (*J. of nervous and. mental diseases*, févr. 1888).

Hajeck (M.). — Du diagnostic de la périchondrite tuberculeuse et carcinomateuse du larynx (*Klin. Rundschau* 9, in *Deuts med Ztg.*, nº 26, 29 mars 1888).

Hance (J.). — Nouveaux instruments pour pratiquer l'intubation du larynx (*Soc. vaudoise de méd.*, 7 janv.; *Revue méd. de la Suisse romande*, nº 2, 20 fév. 1888).

Heise. — Tumeurs thyroïdiennes intra-laryngées et intra-trachéales (*Annals of surgery*, avril 1888).

Hendrix et Hicguet. — Un cas de tubage de la glotte, obstruction et expulsion réitérées de la canule (*J. de méd. de chir. et de pharm. de Bruxelles*, n° 3, 1888).

Hering. — Contribution à l'étude du phlegmon nécrosique du larynx; rapport avec l'angine érysipélateuse (*Thèse Paris*, mai 1888).

Heryng (traduit par Schiffers). — De la curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical (Paris et Bruxelles, 1888).

Huissman. — Kyste de l'épiglotte (*Weekblad van net Nederland Teidjschr. voor Geneesk*, n° 14, 1888).

Jacques. — Intubation du larynx dans le croup (*Thèse de Paris*. 1888).

Jenny. — Suites de la trachéotomie dans les cas de dipthérie et de croup chez les enfants (*Deuts Ztg, f. chir.*, 27 bd., 5, 6 H, 27 avril 1888).

Jessett (Bowieman). — Papillomes du larynx (*Medic. Soc. of London; The Lancet*, 5 mai 1888).

Jessett (Bowieman). — Trachéotomie pour affection syphilitique du larynx (*Medic. Soc. of London, Brit. med. j.*, 5 mai 1888).

Joubert. — La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx (*Thèse de Paris*, 1888).

Jouret (A.). — Aphonie hystérique simple (*Scalpel*, n° 43, 22 avril 1888).

Kidd (Perny).—La trachéotomie dans la phtisie laryngée (*Lancet*, 31 mars 1888, p 6 18).

Kurz (E.). — Toux réflexe (*Deuts. med. Woch.*, n° 13, 29 mars 1888).

Ledard. — Causes et traitement de la coqueluche (*Thérap. contemporaine*, n° 11, 16 mars 1888).

Lemcke (Chr.). — Contribution au traitement des sténoses laryngées cicatricielles (*Berl. klin. Woch.*, n° 13, 26 mars 1888).

Lennox-Browne. — Un cas de périchondrite traumatique du larynx (*Brit. med. journ.*, 28 avril 1888).

Luc. — A propos d'une question de priorité relative à l'ozène trachéal (*Archives de Laryngol.*, etc., n° 4, 15 avril 1888).

Marique. — Larynx avec ulcérations tuberculeuses (*Soc. anat. path. de Bruxelles. Presse méd. belge*, n° 14, 1888).

Mash (W.-G.). — Deux cas de laryngotomie, etc. (*Brit. med. journ*. 21 avril 1888).

Masini (G.). — Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx (*Académie de med. de Turin*, 2 mars. *Deuts. med. Ztg.*, n° 38, 10 mai 1888).

Massei. — Revêtement muqueux, circulation et innervation du larynx (*Giorn. internaz. delle Sc. med.*, an X, n° 3, Naples, 1888).

Masseï. — Compte-rendu annuel de la clinique laryngologique de l'Université de Naples (1886-87) (*Progresso medic.*, fév. 1888, et *Supplemento alla Gazetta degli ospitali*, an IX, n° 2, fév. 1888).

Masini (Guilio). — Etude expérimentale sur des centres moteurs corticaux du larynx (*Academia di medicina de Turino*, 2 mars; *Gazzetta degli ospitali*, n° 22, 14 mars 1888).

Masucci. — Résumé complet sur les résultats de l'extirpation du larynx dans ces derniers temps (*Rassegna crit. internaz. delle mal. del naso*, etc., n° 2, avril 1888).

Meier. — Œdème aigu de la glotte : tubage, guérison (*The med. record*, 15 mai 1888).

Meunier. — Appareil hyoïdien ossifié chez l'homme (*Soc. anat.*, Paris, 6 avril 1888).

Meurer. — L'extirpation du larynx (*La Province méd.*, 28 avril 1888).

Mollière. — Résection partielle du larynx (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, février; *Lyon méd.*, 18 mars 1888).

Monod. — Œdème aigu du larynx (*Soc. de Chir.*, 11 avril 1888; *Semaine méd.*).

Musmeci. — Un cas de mutisme hystérique (*Gazetta degli ospitali*, 9 mars 1888).

Noll (F. W.). — Un cas de séparation de la trachée et du larynx avec intégrité presque complète des parties molles externes, etc. (*Deuts. Ztsch. f. chir.*, 27 Bd. 5, 6. H. 27 avril 1888).

O'Dwyer (J.). — Tubage du larynx (*Med. Soc. of the state, J. of N.-Y.*, fév.; *Med. rec.*, n° 901, 11 février 1888).

O'Dwyer (J.). — Tubage du larynx pour sténose chronique du larynx; cinq cas (*N.-Y. med. j.*, 10 mars 1888).

O'Dwyer (J.). — Analyse de cinquante cas de croup traités par le tubage du larynx (*N.-Y. med. j.*, 14 janvier 1888).

Ormsby. — Goître congénital (*Lancet*, 5 mai 1888).

Ozanam. — Polypes du larynx et de la trachée-artère extirpés une première fois par les voies naturelles; guérison (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).

Pinkham (J.-W.). — Dix cas de tubages du larynx, avec remarques (*N.-Y. med. journ.*, 17 mars 1888).

Playfair (J). — Une épingle enclavée dans la bronche gauche (*Med. chir. Soc. of Edimb.*, in *Edimb. med. journ.*, mai 1888).

Puech. — Cancer de la trachée et tuberculose pulmonaire (*Soc. de méd. et de chir. pratiques de Montpellier*, 29 fév., *Montpellier méd.*, n° 10, 1888).

Reynal O'Connor. — Canule à trachéotomie (*Progrès méd.*, 28 avril 1888).

Rice (C.-C.). — Extirpation de tumeurs du larynx (*Med. Soc. of the state of N.-Y.*, févr.; *Med. rec.*, n° 901, 11 février 1888).

Richardson. — Un cas de polype du larynx (*The journ. of amer. med. Assoc.*, 21 avril 1888).

Rumbold (F.). — Respirateur pour trachéotomie (*J. of the amer. med. Assoc.*, 14 avril 1888).

Schneïder (Otto). — Sténoses dues aux granulations qui se forment après la trachéotomie (*Breslauer Aerzt Zts.*, n° 9, 12 mai 1888).

Schuster. — Les lavements d'acide carbonique hydrosulfuré de Bergeon dans les affections des poumons et du larynx (*Deuts. medic. Woch.*, n° 15, 12 avril 1888).

Schweig (H.). — De quelques causes de troubles de la voix (*N.-Y. med. j.*, 28 janvier 1888).

Semon (F.). — Périchondrite et cancer du larynx (*Correspond.* in *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Semon et Shattoch. — Affection maligne des voies aériennes (*Soc. pathol. of London*, in *The British. med. journ.*, 7 avril 1888).

Smart. — Névrose respiratoire (*Med. chir. Soc. of Edimburgh*, in *The Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Sommerbrodt (J.). — Du rôle du larynx chez les ventriloques (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 14, 2 avril 1888).

Souza-Leite. — Un cas d'aphasie motrice fonctionnelle chez un enfant de 11 ans (*Braz med.*, 9 février 1888).

Stœrk (Karl). — De l'extirpation du larynx dans le cancer (traduit par Laurent; *Scalpel*, n°s 40-42, 1er-22 avril 1888).

Stœrk. — Du choc après l'extirpation du larynx (*Wien. med. Woch.*, 24 mars 1888).

Stoker (G.). — Périchondrite du larynx (*Correspondance*, in *Brit. med. j.*, 28 avril 1888).

Thiersch. — Tubage du larynx (17e *Congress der Deuts. Gesells. f. chir. zu Berlin vom*, 4 à 7 avril. *Deuts. med. Ztg.*, n° 31, 16 avril 1888).

Thornton-Pugine. — Canules à trachéotomie (*The Lancet*, 7 avril 1888).

Toison. — Cancer du larynx; trachéotomie (*Soc. des Sc. méd. de Lille*, 29 févr.; *J. des Sc. méd. de Lille*, n° 16, 20 avril 1888).

Trifiletti. — Un cas probable de tuberculose primitive du larynx (in-8°, Florence).

Trifiletti. — Une cause d'altération de la voix dans le chant (*Revista clin. e terapeut.*, avril 1888, n° 4).

Tsakyroglous. — Ozène laryngien (Athènes, 1888).

Uréchia. — Mutisme et paralysie hystériques ayant fait croire à une hémiplégie avec aphasie; guérison par l'hypnotisme (*Soc. médico-psych.*, 27 fév. *Annales médico-psych.*, n° 3, mai 1888).

Waldo. — Un cas de tubage du larynx chez l'adulte (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Waxham. — Tube laryngien perfectionné (*Chicago med. Soc.*, in *Journ., of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).

Vilato (Francisco-Xavier). — Dysphonie; paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue et paralysie générale de tous les muscles volontaires, consécutivement à la diphtérie, etc. (*Gazetta medic. catalana*. t. XI, n° 5, 15 mars 1888).

Wolfenden (Norris) et **Martin-Sidriez**. — Etudes curatives pathologiques sur les polypes du larynx : I, papillomes (Churchill, éditeur, in-8° avec planches, Londres, 1888).

Wolfenden (Norris). — Périchondrite du larynx (*Brit. med. journ.*, 14 avril 1888).

X... — Tubage du larynx dans le croup (*Echo méd.*, 5 mai 1888).

X... — L'empereur d'Allemagne (*Brit. med. journ.*, 31 mars 1888).

X... – La santé de l'empereur d'Allemagne (*Lancet*, n° 3390, 31 mars 1888).

X... — La maladie de l'empereur d'Allemagne (*Allgem, Wien. mediz, Ztg.* n° 19, 8 mai 1888).

Zaleski (S.). — De la contre-indication des canules en argent après la trachéotomie (*Berl. klin Woch.*, n° 16, 16 avril 1888).

Oreilles.

Arufreim. — Contribution à l'étude de la théorie de la localisation du sens de l'ouïe dans les canaux semi-circulaires (in-8°, Iéna, 1888).

Bacon (Gorham). — Emploi d'une ventouse humide à la place d'une sangsue dans certaines affections aiguës de l'oreille (*N.-Y. med. j.*, n° 475, 7 janv, 1888).

Bacon (Gorham) et **Muzzy** — Carcinome de l'oreille prenant probablement naissance dans l'oreille moyenne ou l'apophyse mastoïde (*Arch. of otol*, mars 1888).

Barr (Thomas). — Un cas d'hémorrhagie grave de la caisse du tympan chez un enfant (otite moyenne hémorrhagique) (*Brit. med. journ.* 28 avril 1888).

Barr (Th.). — Affection traumatique de l'oreille (*Edimb. med. journ.*, janv. 1888).

Barker (A.). — Note sur un cas de suppuration du cerveau dû à une otite moyenne traitée par la trépanation et le drainage (*Brit. med. j.*, 14 avril 1888).

Barth. — Contribution à l'anatomie de l oreille (*Arch. of Otol.*, mars 1888).

Beane (F.-Dudley). — Affections peu communes de l'oreille (*N.-Y., med. j.*, 28 janv. 1888).

Bense (O.). — Contribution à la statistique des perforations du tympan dans l'otite moyenne suppurée (*Gœttingen, Vandenhoeck et Rupprecht*) 1888.

Blake (C.-J.). — Relation des végétations adénoïdes avec les maladies de l'oreille moyenne chez les enfants (*Boston med. a surg. journ.*, 15 mars 1888).

Blaud Sutton. — Tumeur de l'apophyse mastoïde (*Bull. med.*, nº 26, 1er avril 1888).

Boucheron. — Opération de la surdité otopiésique (*Acad. des Sc.*, 16 avril; *Sem. méd.*, nº 17, 25 avril 1888).

Boucheron. — Epilepsie de l'oreille comparée aux autres épilepsies (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*).,

Boucheron. — Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis (*Académie des Sc.*, 26 mars; *Bullet. médic.*, nº 25, 27 mars 1888).

Bull. — Fistules des fissures branchiales et malformation particulière du tympan (*Arch. of Otol.*, mars 1888).

Cozzolino. — La syphilis acquise et héréditaire de l'appareil auditif, etc. (*Collect. ital. de lectures sur la médec.*, série IV, nº 9, Milan 1888).

Cozzolino. — Hygiène de l'oreille (*Morgagni*, an XXX, nº 4, avril 1888, Naples).

Duplay (S.). — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Archives générales de médec.*, mai 1888).

Eichbaum. — L'électricité galvanique comme moyen de déceler la simulation (*Deutsch. Militarart. Zeitsch.*, 1888, p. 531; *Anal.*, in *Arch., de méd. et pharm. milit.*, nº 1, 1888).

Eichbaum. — Des perceptions subjectives de l'ouïe et de leur traitement (Berlin, 1888, L. Heuser).

Eitelberg (A.). — De l'emploi thérapeutique de la créoline en otiâtrie (*Wien med. Presse*, nº 13, 25 mars 1888).

Gellé. — Etude sémi-biologique du rôle de l'épreuve de Weber dans l'audition du diapason-vertex (*Soc. franç. d'Ot. et de Lar.*, avril 1888; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).

Gellé. — Surdité complète subite dans l'albuminurie (*Soc. de Biologie*, 24 mars; *Bull. méd.*, nº 25, 27 mars 1888).

Gordon (J.). — Occlusion du méat auditif (*Brit. med. Journ.*, 14 avril 1888, p. 802).

Grosch. — Traitement du furoncle de l'oreille (*Berl. Klin. Woch.*, nº 18, 30 avril 1888).

Gruber. — Traité des maladies de l'oreille (2e édit., *Wien Carl. Gerald's Sohn*) 1888.

Heddaens. — Surdité réflexe (*Berl. Klin. Woch.*, no 17, 23 avril 1888).

Hessler. — Otite externe due à l'infection (*Deuts. medic. Woch.*, no 17, 26 avril 1888).

Huntington (R.). — Diagnostic des maladies de l'oreille sans instruments (*The med. rec. N.-Y.*, 31 mars 1888).

Jack (J.-L.). — Un cas de nécrose du temporal, extirpation du labyrinthe, guérison (*Boston med. a surg. journ.*, 29 mars 1888).

Jackson (Vincent). — Epithélioma de l'oreille droite ; extirpation de la moitié supérieure de l'oreille ; guérison ; réflexion (*Lancet*, no 3370, 31 mars 1888).

Jaugemann (C.-W). — Otologie (*Cincinnati Lancet clin.*, 3 mars 1888).

Lemck. — Les institutions des sourds-muets du Ludwigslurt-Mecklinberg (*Arch, of. Otol.*, mars 1888).

Lopez (Giovanni). — Trois cas de syphilis du labyrinthe (*Bollet. delle Malat. dell'orech.*, *etc.*, an IV, no 3, 1888).

Lopez (Giovanni). — Un cas d'occlusion presque complète du conduit auditif externe par une cloison fibreuse à la suite d'une otite moyenne purulente chronique de l'enfance (*Bollet. dell'orechio, etc.*, an IV, 1er mai, no 3, 1888).

Magnan. — Vertige dû à une lésion de l'oreille moyenne (*Soc. de Biologie*, Paris, 7 avril 1888).

Miles.— Vertige labyrinthique (*Baltimore med. Acad.*, in *Journ. of amer. med. Assoc.*, 24 mars 1888).

Mollière. — Malformation de l'oreille (*Soc. des Sc. méd. de Lyon*, fév. 1888 ; *Lyon méd.*, no 12, 18 mars 1888).

Moos. — Invasion bactériologique de l'oreille interne dans la diphtérie (*Arch. of Otol.*, mars 1888).

Moos et **Steinbügge.** — Fonctions du limaçon (*Arch. of Otol.*, mars 1888).

Passarini. — Otite de la caisse. Inflammation des cellules mastoïdiennes e. ostéo-périostite consécutives, etc. (*Montpellier médic.*, no 10, 1888).

Pétel. — Corps étranger du conduit auditif externe (*Normandie médic.*, no 7, 1er avril 1888).

Philipps. — Inflammation furonculeuse de l'oreille externe (*Atlanta med. a surg. journ.*, avril 1888).

Pomeroy (O.). — Quelques remarques à propos du diagnostic différentiel des maladies de l'oreille au moyen du diapason (*Med. Soc. of the state of N.-Y.*, fév. 1888 ; *Med. rec.*, no 901, 11 fév. 1888).

Renvers. — Présentation d'un cerveau, surdité gauche (*Verein f. innr. medic. zu Berlin*, 26 mars ; *Münch. med. Woch.*, no 14, 3 avril 1888).

Roosa (John). — Diagnostic différentiel entre les affections périphériques et centrales de l'oreille (*Medic. News*, 21 avril 1888).

Shirmunski. — De la transplantation artificielle du tympan (*Wratsch.*, 1887, no 40, et 41, et *Monats. f. Ohrenh.*, 1888, no 1).

Steinbrügge. — I. — Affection labyrinthique double dans le cours d'une méningite cérébro-spinale ; II. — Affection labyrinthique dans la leucémie (*Arch. of Otol.*, mars 1888).

Suarez. — Traitement des obstructions de la trompe (*Soc. franç. d'Ol. et de Lar.*, avril 1888 ; *Semaine méd.*, 2 mai 1888).

Szenes (S.). — Progrès obtenus dans la thérapeutique des oreilles (*Allg. Wien med. Ztg*, n° 13, 27 mars 1888).

Trifiletti. — Un cas d'otite moyenne aiguë avec propagation au cerveau (*Bolletino delle malatt. dell'orec., etc.*, an VI, n° 3, 1er mai 1888).

Turnbull. — Cornets acoustiques, expériences sur des sourds-muets (*The med. Bulletin*, n° 4, avril 1888).

William. — Abcès de la caisse consécutif à un mal de dent (*Saint-Louis med. a surg. journ.*, n° 3, mars 1888).

William. — Fungus parasitaire de l'oreille (*Weekly med. rev.*, 10 mars 1888).

W. N. S. — Avis demandé à propos du traitement d'oreille (*Med. surg. Reporter*, 17 mars 1888).

X... — Traitement de l'oreille dans la diphtérie (*Saint-Louis med. et surg. J.*, n° 4, avril 1888).

X... — Traitement de l'otorrhée, sec ou humide? (*Saint-Louis medic. and surg. j.*, n° 4, avril 1888).

Croup et Diphtérie.

Abbe (R.). — Névrite multiple à la suite de la diphtérie : paralysie, ataxie, et déformation spéciale du cou (*N.-Y. clin. Soc.*, 23 décembre 1887.; *N.-Y. med. j.*, 14 janv. 1888).

Aldabalde. — La trachéotomie dans le croup (*Archives de méd. y cir. de los niños*, 30 avril 1888).

Baker (H.). — Prophylaxie de la diphtérie. (*J. of améric. medic. Assoc.*, 14 avril 1888).

Barbier (H.). — Albuminurie dans la diphtérie. (*Gaz. des hôp.*, 10 et 12 mai 1888).

Beaupère (Eugène). — Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphtérie laryngée. (*Union méd.*, 10 mai 1888).

Braddon (Léonard). — Huile de pippermint comme antiseptique et comme remède dans la phtisie et dans la diphtérie (*Lancet*, n° 3369, 31 mars 1888).

Caillé (A.). — Moyen pour prévenir la diphtérie (*N.-Y. Acad. of med.*, 19 janvier; *N.-Y. med j.*, 24 mars 1888).

Clebsch. — Les maladies du cœur dans la diphtérie (*Gœttingen, Vandenhoeck et Rupprecht* 1888).

Corbin (J.). — Fumigations mercurielles dans la diphtérie du larynx ou le croup diphtéritique (*N.-Y. med. j.*, 10 mars 1888).

Coté. — Traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada*, vol. 11, n° 3, mars 1888).

Delach. — Angine diphtérique suivie de paralysie des membres et de cavernes dans le poumon (*Archives med. belges*, févr. 1888).

Farnsworth. — Diphtérie (*The med. a. surg. journ.*, 28 avril 1888).

Farnsworth (P.-J.). — A quelle classe de champignons appartient la diphtérie. (*Med a. surg. Reporter*, 24 mars 1888).

Féréol. — Diphtéries anormales graves (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 mai 1888).

Gaucher (F.). Traitement de la diphtérie (*Soc. méd. des hôpitaux; J. des conn. méd.*, n° 12, 22 mars 1888).

Guelpa. — Alimentation dans la diphtérie (*Soc. de Thérap.*, 25 avril 1888).

Hage (J.-J.). — Un cas de diphtérie avec exanthème (*Weekblad van het Nederl, Teidjschr, voor Geneestz*, n° 8, 1888).

Hebert (Th.) — La bronchéotomie dans le croup pseudo-membraneux (*New-Orléans med. and. surg. journ.*, mars 1888).

D'Heilly. — Tubage du larynx dans le croup (*Soc. méd. des hôpitaux*, 27 avril 1888).

Jacques. — Intubation du larynx dans le croup (*Thèse de Paris*, mai 1888).

Mohammed ben Nekkach. — Traitement de la diphtérie par le perchlorure de fer et le lait (Congrès d'Oran, 30 mars; *Progrès méd.*, n° 14, 7 avril 1888).

Œrtel. — Pathogénie de la diphtérie épidémique d'après les preuves histologiques (in-8° X.-188 p., 16 pl., *Leipzig*).

Œrtel. — De la diphtérie (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).

Paget (J.). — Des intestins dans la diphtérie (*Pathol. Soc. of. London, in Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Palardy. — Quatrième étude sur le traitement de la diphtérie. (*Union médic. du Canada*, n° 4, avril 1888).

Raven (T.-F.). — Traitement de la diphtérie et de l'amygdalite (*Brit. med. j.*, 24 mars 1888).

Thornton. — Traitement de la diphtérie (*Lancet*, 28 avril 1888).

Valdekama (D.-S.). — Emploi de la pilocarpine dans la diphtérie (*Revista med. de chile dec.*, 1887).

X. — Le cyanure de mercure dans la diphtérie en Suède. (*Lancet*, n° 3369. p. 591, 24 mars 1888).

X. — Diphtérie (*Lancet*, n° 3370, 31 mars 1888).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Alsberg. — Œsophagotomie externe dans un cas de carcinome (*Aerzt. verein in Hamburg*, 20 mars; *Münch. med. Woch.*, n° 13, 25 mars 1888).

Antona (d'). — Varice anévrysmale entre la carotide externe et la jugulaire (*Congrès chir. Ital.*, *Morgagni*, n° 5, mai 1888, Naples).

Antona (d'). — Varice anévrysmale entre la carotide externe et la jugulaire; opération, guérison (Cinquième réunion de la *Soc. ital. de chir.*, tenue à Naples du 26 au 28 mars; *Sem. méd.*, n° 13, 28 mars 1888).

Ardle. — Œsophagotomie (Dublin, *Journ. of med. Soc.*, 2 avril 1888).

Arnaud et Butte. — Action des pneumogastriques sur la sécrétion urinaire (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).

Arthaud et Butte. — Du syndrome clinique et des lésions anatomo-pathologiques déterminées chez les animaux à la suite de la névrite des nerfs vagues (*Arch. de Physiol.*, 1er avril 1888).

Audry (Ch.). — Epithélioma kystique du maxillaire inférieur (*Tribune méd.*, 13 mai 1888).

Ballet (Gilbert). — Paralysie des nerfs moteurs bulbaires dans le goître exophtalmique (*Soc. méd. des hôp. — Praticien*, n° 13, 26 mars 1888).

Ballet (Gilbert). — L'ophtalmologie externe et les paralysies des nerfs moteurs bulbaires dans leurs rapports avec le goître exophtalmique et l'hystérie (*Revue de méd.*, n° 5, mai 1888).

Barraquer. — Origines et traitement de quelques formes de céphalalgie (*Gazetta med. catalana*, 15 avril 1888).

Bazy (Clinique de M. Richet). — Corps étrangers de l'œsophage, œsophagotomie externe (*France méd.*, 12 avril 1888).

Beney. — De l'ulcère simple de l'œsophage (*Thèse Paris*, mai 1888).

Berdez. — Goître plongeant et paralysie des deux nerfs récurrents avec tétanie (*Soc. vaudoise*, 7 fév.; *Revue méd. de la Suisse romande*., n° 3, 20 mars 1888).

Berens. — Angiome du thymus (*Med. News*, 14 avril 1888).

Berti. — Deux cas de goître kystique, ablation (*Rassegna di Sc. medic*, an III, n° 4, avril 1888, Modène).

Bock. — Syphilis gommeuse de la glande parotide (*La Clinique*, n° 16, 19 avril 1888).

Borel. — Extirpation du goître (*Med. Soc. of London*, 19 mars; *Lancet*, n° 3369, 24 mars 1888).

Ceccherelli. — Quelques considérations sur l'extirpation complète de la parotide (*Riforma medica*, an IV, n° 77, 3 avril 1888, Rome).

Chavanix. — Ulcère simple de l'œsophage, ouverture dans la trachée (*Loire médic.*, n° 3, 15 mars 1888).

Daraignez. — Goître kystique plongeant, ponction, hémorragie dans la poche kystique; mort (*Soc. d'anat. et de phis. de Bordeaux*, 23 janv.; *J. de méd. de Bordeaux*, n° 36, 8 avril 1888).

Day (Richard H.). — Exophtalmie aiguë (*Med. News*, 28 avril 1888).

Delorme. — Phlegmon sushyoïdien (*Soc. de Chir.*, 9 mai 1888; *Progrès méd.*, 12 mai 1888).

Eve. — Lupus expérimental (*Pathol. Soc. of London*, 20 mars; *Brit. med. journ.*, 24 mars 1888).

Federn. — Coexistence d'une atonie partielle de l'intestin avec la maladie de Basedow (*K. K. Gesells. der Aerzte in Wien*, 6 avril, *Deuts. med. Ztg*, n° 31, 16 avril 1888).

Foy. — Chirurgie de la glande thyroïde (*Royal acad. of med.*, in Ireland, in Dublin *Med. journ.*, mai 1888, p. 440).

Fuhr (F.). — Du goître dans la vieillesse (*Archiv. f. Pathol. anat. u., Physiol.*, etc.; Bd, CXII, H. 2. 1er mai 1888).

Gautier. — De l'iodisme chronique, ses rapports avec les névroses et le goître exophtalmique (*Soc. méd. de Genève*, fév. 1888; *Revue géné. de clinique et de thérap.*, n° 14, 5 avril 1888).

Gauthier. — L'antipyrine dans le goître exophtalmique, le diabète et l'épilepsie (*Revue génér. de chir. et de thérap.*, 10 mai 1888).

Genser. — Pathologie et traitement de la coqueluche (*K. K. Gesells. Aerzte in Wien*, 6 avril; *Allgem. Wien. med. Ztg.* n° 15, 10 avril 1888).

Girode. — Varices œsophagiennes (*Journal des connais. méd.*, 10 mai 1888).

Godlee (R.-J.). — Cas d'acromégalie (*Chir. Soc. of London*, 13 avril; *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Greene. — Acide phénique dans la coqueluche (*Brit. med. journ.*, 7 avril 1888).

Griffiths. — Tumeur du cou ayant envahi la veine jugulaire (*Pathol. Soc. of London*, 17 avril; *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Guttmann. — Réflexe respiratoire d'origine cornéenne (*Soc. de méd. de Berlin*, 21 mars; *Bull. méd.*, n° 24, 25 mars 1888).

Hadden et Ballance. — Cas d'acromégalie (*Clin. Soc. of London*, 13 avril; *Brit. med. j.*, 21 avril 1888).

Heller (J.). — Contribution au traitement du lupus (*Wien. medic. Presse*, nos 16, 17 et 18, 15, 22-29 avril 1888).

Hunter. — De la spécialité dans la pratique générale surtout au point de vue des yeux, de la gorge et des oreilles (*Edimb. med. journ.*, avril et mai 1888, p. 904 et 1036).

Johnson (J.-B.). — Le thym vulgaire dans le traitement de la toux coqueluchoïde (*Med surg. reporter*, 17 mars 1888).

Labauchi. — L'art du chant en Italie (*Tip. Tizzano*, Naples 1888).

Lannois. — Goître exophtalmique guéri par une opération (*La Province méd.*, 14 avril 1888).

Larabrie. — Tumeur mixte de la parotide (chondrome myxœmateux) (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 avril 1888)

Leflaive (E.). — De l'asthme d'été (*Gaz. des hôp.*, no 36, 24 mars 1888).

Lehmann. — Influence des bases et des acides sur l'excitation au centre respiratoire (*Archive f. ges. phys.*, XLII, 56, 1888).

Lloyd (J.-H.). — Un cas de goître exophtalmique rapidement mortel (*Philadelphia neurol Soc.*, 27 fév.; *Med news*, 24 mars 1888).

Mackey (Edward). — Valeur de la résorcine dans certains troubles gastriques et cutanés (*Lancet*, no 3360, 31 mars 1888).

Masséi. — Extraction d'un corps étranger de l'œsophage (*Riforma medica*, an IV, no 64, 19 mars 1888, Rome).

Mérigot de Tréguy. — Du myxœdème dans les états infectieux (*Revue génér. de clin et de thérap.*, no 14, 5 avril 1888).

Médico-chirurg. (Soc. of Edimbourg). — Du myxœdème, présentation de malades par MM. Thomson, Stowart et Affleck (Séance du 7 décembre 1887, in *Edimb. med. journ.*, avril 1888, p. 933).

Monow (P.-A.). — Traitement du lupus (*Med rec.*, no 901, 11 fév. 1888).

Mosny. — Tuberculose cérébrale. Localisations, perforation de l'œsophage par un ganglion tuberculeux (*Soc. anat.*, *Bull. méd.*, n° 28, 8 avril 1888).

Ollivier (A.). — Origine et nature de la coqueluche (*Revue mensuelle des mal. de l'enfance*, mai 1888).

Orecchia. — Sur deux cas de fistules branchiales du cou (*Gazetta med.*, an XXXIX, no 13, 5 mai 1888, Turin).

Ouchterlony (J.-A.). — Un cas de myxœdème (*Amer. pract. and News.*, 3 mars 1888).

Pietro. — Un cas clinique de myxœdème (*Gaz. d'ospit.*, no 6, 1888).

Piffard (H.-G.). — Note sur le traitement du lupus (*Med. rec.*, no 901, 11 févr. 1888).

Pilliet. — Goître surrénal et goître vrai (*Soc. anato.* 13 et 20 avril 1888).

Pilliet (A.). — Pleurite tuberculeuse propagée au pneumo-gastrique (*Progrès médic.*, no 16, 21 avril 1888).

Rendu. — De la maladie de Basedow (*Soc. méd. des hôp.*, Paris, 19 mai 1888).

Richard. — Des tumeurs hématiques profondes du cou (in-8°, 45 p., Iena).

Richet. — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (Clinique de l'Hôtel-Dieu, leçon recueillie par P. Bazy, *France méd.*, no 37, 44, 27 mars et 14 avril 1888).

Roux. — Résection de l'œsophage, guérison (*Soc. vaudoise*, 7 janv., *Revue méd. de la Suisse romande*, no 2, 20 fév. 1888).

Sands. — Rétrécissement traumatique de l'œsophage chez un enfant traité avec succès par la dilatation et l'œsophagotomie interne (*N.-Y. med. j.*, 17 mars 1888).

Seïenkow. — Kyste sanguin du cou (*Gesells. der russischen Aerzte*, 7 janvier, *Saint-Petersb. med. Woch*, n° 10, 5 (17) mars 1888).

Shaskey. — Paralysie alcoolique phrénique, du pneumogastrique et autres nerfs (*Pathol. Soc. of London*, 17 avril; *Brit. med j.*, 21 avril 1888).

Simpson. — Traitement de la toux coqueluchoïde (*Provincial med. journ.*, 1er mars 1888).

Taylor-Madison. — Diagnostic rapide du goître exophtalmique (*Philadelphia county med. Soc.*, 14 mars 1888).

Terrillon. — Un cas de gastrotomie pour rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'œsophage (*Soc. de Chir.*, 9 mai 1888; *Progrès méd.*, 12 mai 1888).

Thomson. — Corps étrangers de l'œsophage (*Roy. ac. of med. in Ireland, surg.* in *Dublin journ. of med. sc.*, 2 avril 1888).

Verneuil. — Adénophlegmon sushyoïdien et périostite du maxillaire inférieur (*Bulletin méd.*, 2 mai 1888).

Waetzoldt et Renvers. — Traitement des sténoses œsophagiennes par les canules à demeure (*Deuts. med. Woch.*, n° 15, 12 avril 1888).

Weinlechner (J.). — Rétrécissement infranchissable de l'œsophage. Dilatation du rétrécissement à l'aide de bougies, etc. (*Allgem. Wien. mediz.. Ztg*, n° 18, 1er mai 1888).

Weissenberg. — Traitement de la coqueluche par la cocaïne (*Allgem. med. Central Zt.*).

X... — L'électricité pour le diagnostic précoce du goître exophtalmique (*N.-Y. med. j.*, 21 janv. 1888).

X... — Tétanos consécutif à l'emploi d'une sonde œsophagienne (*N.-Y. med. Press.*, déc. 1887; *Medic. and. surg. Reporter*; *Boston med and. surg. journ.*, janv. 1888; *France médic.*, 17 mars 1888).

X... — Traitement de la coqueluche (*Bull. médic.*, n° 27, 14 avril 1888).

X... — Maladie de Basedow ou goître exophtalmique (*Paris méd.*, 28 avril 1888).

Ziem. — Pathogénie de l'érysipèle de la face (*Deuts. medic. Wochens.*, n° 19, 10 mai 1888).

NOUVELLES

Association laryngologique d'Amérique.

La 11e réunion annuelle de l'Association laryngologique d'Amérique aura lieu à Washington D. C., les 18, 19 et 20 septembre 1888, en même temps que le Congrès des physiciens et chirurgiens américains.

Ainsi que les sessions générales du Congrès, les séances régulières de l'Association laryngologique Américaine auront lieu comme à l'ordinaire.

Comme renseignements à ceux qui le désireraient, on fournira un programme renfermant les noms des auteurs et les titres des notes et autres communications.

L'Association adresse une invitation affectueuse à son Congrès, à tous ceux que peut intéresser l'étude de la laryngologie. Ce Congrès, le onzième, promet d'être d'un intérêt et d'une importance inaccoutumée.

Dr Bryson-Delavan, *Secrétaire.*

N° 1, East, 33d. St. New-York.

Bordeaux. — Imp. Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

9e Année. | N° 7. | 1er Juillet 1888.

DES CÉPHALÉES DE CROISSANCE

Par le Dr JOAL (1).

En 1883, le Dr René Blache a étudié dans un intéressant mémoire qui a pour titre *des Céphalalgies de croissance* un état pathologique dont il est tenté de faire une entité morbide, et qui se manifeste au moment de la puberté.

Cette affection propre à l'adolescence a pour caractères principaux un mal de tête persistant, le plus souvent limité à la région frontale, une inaptitude au travail, un certain degré de paresse cérébrale et une irritabilité nerveuse se traduisant par de la tristesse ou de la colère; les malades sont en outre sujets à des vertiges, des cauchemars, des illusions sensorielles, des lipothymies, de l'agitation pendant le sommeil.

Ces phénomènes pathologiques ont d'abord été mis sur le compte de la pléthore ou de l'anémie. Blache cherche une autre interprétation des faits, et il pense que la douleur de tête, qui est le symptôme prédominant de l'affection, peut trouver son origine dans la disproportion entre l'action cérébrale et l'effort de l'intelligence. « Ce n'est, dit-il, que par la réunion de différents éléments, troubles nerveux, troubles circulatoires, efforts intellectuels, insuffisance d'aération pendant cette période de l'adolescence où le développement physique se complique de la période de puberté, qu'on peut entrevoir les causes de cette maladie que j'ai cru pouvoir désigner sous le nom de *céphalalgies de croissance*. »

Un élève de Charcot, le Dr Keller, publie, quelques mois après Blache, un travail sur le même sujet : il rapporte plusieurs cas de *céphalées de l'adolescence* et attribue ces symptômes à une névrose douloureuse du cerveau.

Ces différentes théories pathogéniques furent aussitôt combattues par les médecins oculistes, qui réclamèrent

(1) Communication faite à la Société française d'otologie et de laryngologie, séance du 30 avril 1888.

comme étant de leur ressort certaines céphalalgies des adolescents ayant une origine oculaire. « La plupart de ces troubles nerveux, dit le Dr Maurice Perrin, sont dus à cette époque de la vie à des anomalies de la réfraction de l'œil ; les douleurs de tête sont si fréquemment occasionnées par l'asthénopie qu'il est indispensable, dans tous les cas, de s'assurer d'abord si cette cause n'intervient pas avant de mettre en avant l'état de santé générale comme on le fait trop souvent. »

Mais, de même que les affections de l'œil, les maladies de la muqueuse nasale déterminent fréquemment par action réflexe des douleurs de tête; il était donc naturel de penser que certaines céphalalgies de croissance pouvaient bien n'être que de simples névralgies d'origine nasale. Aussi, dès 1883, Hack dans son ouvrage si remarquable écrit les lignes suivantes : « Charcot a récemment » attiré l'attention sur la fréquence des maux de tête au » moment de la puberté et a insisté en outre sur ce point » que le mal essentiellement rebelle a son siège au front, » ce que mes propres observations ont confirmé. Je ne » puis me soustraire à l'idée que dans les cas signalés » par Charcot, il ne se soit pas trouvé quelques malades » atteints d'affections du nez, mais dont les symptômes » locaux étaient si peu prononcés que l'on ne songea pas » à procéder à l'examen de la cavité nasale. Mon expé» rience me fait admettre d'une façon indubitable qu'après » une constatation formelle de l'état des narines une » intervention opératoire aurait produit des résultats plus » prompts que l'hydrothérapie préconisée par Charcot. » Je considère ce point comme tellement important que » je désire vivement le voir devenir l'objet d'une étude » approfondie. »

Ruault émet la même opinion, et il ajoute qu'il a observé une jeune fille atteinte de céphalée de croissance, sans hypertrophie cardiaque, et chez qui, à plusieurs reprises, lorsqu'elle souffrait de la tête, il a pu constater un gonflement très marqué de la muqueuse du

nez, alors que cette muqueuse reprenait l'apparence normale, lorsqu'il n'y avait pas de céphalalgie.

Nous soutenons les mêmes idées; notre conviction repose sur l'observation des deux faits qui suivent :

Obs. I. — En septembre 1887, un jeune homme de quinze ans nous est conduit par son père, de tempérament arthritique et atteint de dyspnée asthmatique; la mère est rhumatisante. Ce garçon a toutes les apparences d'une bonne santé; il a beaucoup grandi dans les derniers temps, sa voix est encore dans la période de la mue.

Depuis plus d'un an, il se plaint d'une douleur de tête d'ordinaire vague et diffuse, mais se manifestant parfois avec une certaine acuité par élancements douloureux qui siègent surtout à la région frontale. La céphalalgie est presque continuelle, elle empêche le malade de travailler ; aussi les études ont dû être interrompues; différents traitements ont été essayés, les toniques, les anti-spasmodiques ont été administrés, l'hydrothérapie n'a donné aucun résultat appréciable.

Le jeune homme est devenu très irritable, il pleure aussi facilement qu'une fillette; la nuit il a des cauchemars, son sommeil est souvent agité; il a quelques boutons d'acné sur le visage; il est sujet aux vertiges; enfin il sent parfois des palpitations cardiaques. Ces derniers symptômes nous font penser à une névrose d'origine nasale.

Nous interrogeons en conséquence le malade qui nous dit avoir fréquemment de la sécheresse dans le nez; il a de la gêne dans la respiration nasale; il doit repousser violemment l'air expiré; enfin il est sujet aux éternuements violents et répétés.

A l'examen rhinoscopique, nous trouvons la pituitaire légèrement colorée mais très tuméfiée à la partie antérieure du cornet inférieur droit; à gauche, le gonflement est moindre. Nous touchons le cornet inférieur droit avec une sonde, et aussitôt le malade éternue violemment, ses yeux pleurent, et il ressent un élancement dans la région frontale. Nous recommandons au malade, afin de compléter notre diagnostic,

de venir nous voir lorsque la douleur de tête sera violente ; à ce moment nous constatons une tuméfaction plus prononcée de la pituitaire, qui recouvre le cornet inférieur droit ; nous appliquons des tampons de glycérine cocaïnée au dixième, et la céphalalgie diminue rapidement.

Rien au pharynx ni dans l'arrière-cavité nasale. Le malade ne se plaint pas de l'estomac. Rien au cœur. Du côté de l'œil, pas de trouble de l'accommodation. L'influence de l'onanisme paraît devoir être négligée. Nous proposons l'emploi du galvano-cautère qui est repoussé.

Nous voyons le malade en octobre et en novembre, les applications de cocaïne le soulagent au moment des crises violentes.

Au commencement de décembre, les douleurs de tête deviennent très intenses; la peau du nez est rouge; celle du front est le siège d'une éruption acnéïque : la rougeur et la tuméfaction de la pituitaire sont plus marquées surtout du côté droit. Nous ne savons comment expliquer la recrudescence des accidents lorsque nous apprenons que depuis deux jours le jeune homme ressent à la verge de vives démangeaisons qui donnent lieu à de fréquentes érections; nous constatons un herpès préputial, et, chose importante, nous faisons dire au malade que huit mois auparavant la céphalalgie avait été plus violente pendant quelques jours, alors que des démangeaisons semblables accompagnées d'érections se faisaient sentir à la verge.

Les douleurs de tête deviennent moins fortes aussitôt que s'amendent les symptômes génitaux.

En janvier nous traitons le malade par le galvano-cautère; les céphalalgies ont augmenté momentanément, mais depuis le jeune homme est débarrassé de ses douleurs de tête.

Obs. II.—Mlle X... est une fillette de quatorze ans que nous avons soignée, il y a six ans, au Mont-Dore, pour une adénopathie bronchique consécutive à la rougeole. Son père est un solide Auvergnat qui n'a jamais été malade; sa mère est arthritique et asthmatique ; elle a un frère aîné qui a eu de légers accès dyspnéiques.

Nous voyons cette jeune fille au mois de février et apprenons que depuis plus d'un an elle est prise tous les quatre ou cinq jours de vertiges ordinairement peu prononcés mais qui cependant deux fois ont été suivis de chute; il y a, en plus, des troubles de la vue, mouches volantes, et des douleurs de tête siégeant à la région frontale et le plus souvent assez vives pour nécessiter le séjour au lit pendant des journées entières; au moment des fortes crises, il y a des nausées et des vomissements.

Cette malade autrefois studieuse ne peut plus se livrer à l'étude, ses parents ont dû la retirer de pension et lui donner une institutrice particulière.

Le médecin, traitant, a mis tous ces phénomènes sur le compte d'une affection de l'estomac, et la jeune fille est légèrement débilitée par le régime sévère qu'elle a dû suivre; elle a été longtemps soumise à l'usage du lait et des alcalins. Le père nous dit spontanément que les douleurs de tête diminuent par l'emploi de la glace sur le front et à la racine du nez. Il y a en outre de véritables crises d'éternuements qui paraissent toutefois peu fréquemment. De temps à autre enchifrènement peu marqué.

Lorsque nous voyons la malade, elle souffre légèrement de la tête; l'examen rhinoscopique nous montre une pituitaire de coloration presque normale mais fortement tuméfiée, au point que la muqueuse du cornet inférieur droit touche presque la cloison; à gauche, la membrane est moins gonflée; nous appliquons un tampon de glycérine cocaïnée sur le cornet droit; la douleur de tête qui avait augmenté pendant notre examen cesse rapidement, en même temps que diminue notablement la turgescence de la pituitaire. Le moyen employé par la suite calme la malade.

La jeune fille est réglée depuis sept mois, le sang est peu abondant; les époques sont précédées d'une grande sensibilité à la région abdominale et de douleurs assez fortes dans les reins. En outre, au moment des règles, les céphalalgies sont plus violentes et ont une durée plus grande. Nous examinons la malade pendant une période menstruelle et constatons une

tuméfaction telle de la pituitaire droite que, suivant la méthode de William Glascow, nous faisons une saignée locale, avec une forte aiguille; quelques gouttes de sang coulent du nez et la céphalalgie cesse bientôt et ne reparaît pas depuis plusieurs jours.

Nous avons conseillé un traitement par le galvano-cautère; jusqu'à ce jour notre conseil n'a pas été suivi..

Ajoutons que l'estomac et le cœur nous ont paru en bon état. Nous n'avons pu pratiquer la rhinoscopie postérieure, mais le naso-pharynx nous a semblé indemne. Pas d'asthénopie, pas d'habitudes vicieuses.

Notre but, en rapportant ces deux observations n'est pas seulement de montrer qne certaines céphalalgies de l'adolescence ont une origine nasale, ce qui ressort nettement, dans les deux faits précédents, des résultats obtenus par le traitement dirigé du côté de la pituitaire; nous voulons surtout mettre en relief l'influence de l'irritation de l'appareil génital sur le développement de ces céphalalgies. Nous avons vu en effet dans le premier cas les douleurs de tête devenir plus intenses à deux reprises différentes, alors que paraissait un herpès préputial déterminant de fréquentes érections; dans la deuxième observation, la céphalalgie était plus forte et de durée plus grande au moment de la période menstruelle. Faut-il voir dans le rapprochement de ces manifestations nasales et génitales une rencontre fortuite, une pure coïncidence? Nous ne le pensons pas. Nous croyons plus rationnel d'expliquer la concomitance des phénomènes observés par les relations physiologiques qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur. Nous estimons que nos deux faits viennent témoigner en faveur de la doctrine soutenue en 1884 par John Mackenzie dans son remarquable travail sur « l'excitation de l'appareil sexuel considérée comme facteur dans la production des maladies du nez », doctrine qui a été depuis défendue par Isch Wall, Arviset et par nous-même.

Dans un récent mémoire sur l'Epistaxis, nous avons signalé l'influence de l'odorat chez l'homme et les animaux sur les fonctions génératrices, nous avons montré que l'acte génital ou la congestion menstruelle déterminent la turgescence du tissu érectile des cornets, nous avons noté le retentissement des affections des organes génitaux sur les maladies du nez ; enfin, en nous appuyant sur six observations concluantes, nous avons cherché à établir que les épistaxis essentielles de la puberté était dans certains cas occasionnées par la masturbation.

Bien que dans les deux faits rapportés l'onanisme ne puisse être mis en cause, ne peut-on pas se demander si, comme les épistaxis de l'adolescence, les céphalalgies ne sont pas parfois la conséquence d'habitudes vicieuses? Nous inclinons à le croire et nous nous proposons de faire des recherches sur ce point. Bien plus, nous pensons qu'à défaut de la masturbation ou d'une maladie de l'appareil génital les céphalées nasales des jeunes gens peuvent résulter de l'irritation physiologique des organes sexuels qui caractérise la puberté. C'est à cet âge que commence pour les individus la vie génitale, que se développent les organes de la génération, que s'éveillent les fonctions procréatrices, d'où une excitation physiologique de l'appareil reproducteur, excitation suffisante pour provoquer par action réflexe la turgescence des corps caverneux du nez et, consécutivement, la céphalalgie. Tel est le mécanisme suivant lequel doivent se produire les céphalées nasales de l'adolescence, et nous espérons que la justesse de nos vues apparaîtra à ceux de nos confrères qui dirigeront de ce côté leurs investigations.

ÉPILEPSIE D'OREILLE COMPARÉE AUX AUTRES ÉPILEPSIES

Par le Dr BOUCHERON (1).

Nous avons à plusieurs reprises (2) signalé des faits d'épilepsie, procédant de troubles auriculaires, et nous avons insisté plus particulièrement sur les épilepsies ayant pour cause *une excitation,* isolée ou à peu près isolée, *du nerf acoustique.*

Nous avons attribué cette excitation du nerf acoustique à la compression labyrinthique (otopiésis), consécutive au vide, plus ou moins complet, de la caisse tympanique, vide produit par l'absorption de l'air de la caisse, lors des obstructions de la trompe.

Les insufflations d'air dans la caisse tympanique, remédiant au vide, font cesser la compression labyrinthique, l'excitation du nerf acoustique et les phénomènes épileptiques qui en résultent.

Dans les faits que nous avons rapportés, nous avons constaté, habituellement, un trouble de l'ouïe, en rapport avec la compression labyrinthique et coïncidant avec l'attaque épileptique, ce qui facilitait le diagnostic de la cause auriculaire de l'épilepsie.

Mais il arrive parfois que la surdité est très faible encore au début, et qu'elle est intermittente, ce qui peut rendre le diagnostic plus difficile.

Tel est, par exemple, le cas d'un jeune homme (3) atteint de crises épileptiques, parfois considérables et prolongées, qui n'avait de bourdonnement, d'assourdis-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

(2) Boucheron, Surdi-mutité par otopiésis (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*).— Académie des Sciences, 1885. Épilepsie d'origine auriculaire. — Académie des Sciences 1887. Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition.

(3) Comptes rendus de l'Acad. des Sciences, 14 nov. 1887. — Épilepsie d'oreille dans les affections otopiésiques à répétition. (Boucheron).

sement que peu de temps avant la crise épileptique, mais qui toujours avait à ce moment une obstruction des trompes d'Eustache, obstruction intermittente mais suffisante pour produire le vide de la caisse, la compression labyrinthique et l'épilepsie. L'attaque épileptique était prévenue ou arrêtée, quand l'insufflation d'air pouvait être faite dans la caisse.

La maladie d'oreille était ici au minimum, aussi a-t-elle pu être guérie, et l'épilepsie a disparu.

Les épilepsies d'oreille par excitation du nerf acoustique seul se trouvent chez les adultes, et aussi chez les enfants, et également chez les jeunes sourds-muets au moment où évolue l'affection otopiésique qui produit leur surdité (1).

M. Noquet, de Lille, a aussi observé, après nous, un fait (2), dans lequel le traitement d'une surdité moyenne, avec bourdonnement, par les insufflations d'air, a produit, en même temps, la guérison d'attaques d'épilepsie. Elles étaient répétées, et considérées comme assez graves, pour avoir fait exclure le malade d'une administration de chemins de fer.

L'épilepsie acoustique proprement dite, par excitation du nerf acoustique, est donc hors de doute.

Depuis fort longtemps, l'épilepsie par lésions grossières de l'oreille a été constatée, ainsi que sa guérison, quand cette lésion de l'oreille était possible.

Ainsi donc l'*épilepsie d'oreille* est assez fréquente, elle coexiste avec des lésions grossières ou légères qui excitent les nerfs auriculaires.

Maintenant la question suivante se pose : quelles sont les relations de ces épilepsies d'oreille avec les autres épilepsies anciennement connues, et les épilepsies microbiennes, plus récemment étudiées par M. Marie, l'année

(1) Boucheron, Surdi-mutité par otopiésis. (*Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*).

(2) Noquet, Société Française d'Otologie, 1886.

dernière (1), et M. Lemoine, de Lille, dans le *Progrès médical* de cette année (2)?

Si je me fais une idée bien nette de l'épilepsie, il faut, selon moi, concevoir les choses de cette manière.

Il y a un appareil épileptogène dont le centre est le bulbe rachidien, dont les afférents sont tous les nerfs centripètes au bulbe : le trijumeau, l'auditif, le pneumo-gastrique, le glosso-pharyngien, puis l'optique et l'olfactif; les organes cérébraux, cortico-bulbaires ; en troisième lieu, les nerfs médullaires.

Toutes les excitations capables de produire une mise en train de l'appareil épileptogène déterminent une crise épileptique.

Pour l'épilepsie de Brown-Séquard, l'épilepsie du trijumeau, l'excitation du trijumeau au point d'élection (zone épileptogène) produit une excitation du centre épileptogène, le bulbe, d'où partent toutes les irradiations inhibitrices, excitatrices vers le cerveau, le cervelet (trouble d'équilibre) et les centres moteurs bulbo-médullaires, les centres vaso-constricteurs, etc., etc.

L'accès épileptique a éclaté.

Dans notre épilepsie d'oreille, épilepsie par excitation du nerf acoustique, dans l'excès de pression labyrinthique (otopiésis), l'excitation est transmise par le nerf acoustique au centre épileptogène bulbaire.

Il produit exactement tous les phénomènes épileptiques : inhibitions cérébrales, vertige, convulsions, stertor, etc., etc.

L'accès d'épilepsie d'origine acoustique est identique à l'accès d'épilepsie du trijumeau, car c'est toujours le même et unique appareil épileptogène qui est mis en mouvement par une excitation sensitive ; seulement dans un cas elle vient du nerf acoustique, dans l'autre du nerf trijumeau.

Mêmes considérations à formuler pour l'épilepsie du

(1) Marie, *Progrès médical*, 1887.

(2) Lemoine, Pathogénie de l'épilepsie, 1888. *(Progrès médical.)*

pneumo-gastrique, que l'agent d'excitations soit un ver intestinal, une colique hépatique, une colique néphrétique, spermatique, etc., etc., que l'excitation provienne du tube intestinal et annexes, de l'appareil cardiaque-pulmonaire et pleural (injection dans la plèvre, pneumothorax, toux du pneumo-gastrique, etc., excitations laryngées).

Même interprétation pour les excitations du glosso-pharyngien, dans ses distributions à la gorge, au nez, à l'oreille.

C'est encore la même chose pour les excitations complexes de la caisse du tympan et environs, où tous les nerfs sensitifs bulbaires ont des rameaux.

L'excitation transmise au centre épileptogène bulbaire met en jeu cet appareil épileptogène et la crise épileptique éclate.

C'est toujours la même chose quand ce sont les nerfs optiques, olfactifs, ou les nerfs des membres qui transportent l'excitation au centre épileptogène.

Ceci dit pour les excitations parties des nerfs sensitifs périphériques, nous pouvons également le répéter pour l'appareil cérébral cortico-bulbaire.

Une tumeur se développe dans la région corticale des circonvolutions temporales (obs. de M. Rousseau, médecin de l'asile d'Auxerre); une épilepsie se produit identique aux épilepsies classiques, avec des hallucinations de l'ouïe. C'est seulement à l'autopsie que la cause épileptogène, la tumeur, a été découverte.

L'excitation partie des éléments nerveux atteints par le néoplasme est transmise à l'appareil central épileptogène, le bulbe, et les accès épileptiques éclatent toujours avec la même physionomie que d'ordinaire, puisque c'est toujours le même appareil épileptogène qui est mis en jeu.

Les lésions de la circonvolution de l'hippocampe signalées jadis comme fréquentes dans l'épilepsie agissent de même. Qu'une blessure du crâne intéresse les méninges et

la substance nerveuse, écorce et fibres blanches sous-jacentes, la cicatrice ultérieure excite par tractions les éléments nerveux adjacents qui transmettent au centre épileptogène l'excitation qui va développer l'accès épileptique.

Une gomme du cerveau, la cicatrice de ce syphilome agiront dans le même sens.

Une lésion primitive ou cicatricielle de l'écorce cérébrale ou des fibres blanches de cause quelconque auront la même action, qu'il s'agisse d'un foyer microbien, syphilitique, paludéen, tuberculeux, micrococcien quelconque.

A ces épilepsies par excitations grossières s'ajoutent les épilepsies par excitations cérébrales, émotives par peur, joie, surprise, etc., qui font aussi intervenir l'appareil bulbaire de l'épilepsie par excitation cortico-bulbaire idéomotrice.

Tels sont les principaux exemples de l'épilepsie par excitation centripète de l'appareil épileptogène.

Je tiens à insister à nouveau sur ce que toutes ces variétés d'excitations produisent toutes les variétés aussi de l'accès épileptique, grand accès, petit accès, absence, vertige, etc., selon l'intensité de l'excitation, et surtout selon l'étendue des irradiations centrifuges partant du bulbe, avec inhibition totale ou partielle du cerveau, — perte de connaissance —, et du cervelet, trouble d'équilibration.

L'épilepsie d'oreille qui nous intéresse le plus, l'épilepsie du nerf acoustique plus particulièrement, a une action élective sur l'état vertigineux, puisque l'excitation des nerfs des canaux semi-circulaires a une action très puissante sur l'appareil de l'équilibration pour l'inhiber, l'exciter, le troubler d'une manière ou de l'autre.

A côté de ces épilepsies réflexes se placent les épilepsies chimiques, où le centre épileptogène est excité directement par un agent chimique introduit dans le

sang. Je veux parler de l'épilepsie de Magnan, l'épilepsie absinthique.

L'absinthine, en effet, est une substance dont l'action élective se fait volontiers sentir sur l'appareil épileptogène et développe presque à coup sûr une crise épileptique.

L'épilepsie absinthique, ou par excitation chimique du centre épileptogène, est fort importante, car elle est un type précis dont les agents peuvent être fort nombreux.

Beaucoup de substances chimiques, en effet, produisent des résultats analogues plus ou moins marqués, et tout porte à penser que certaines substances chimiques fabriquées par l'organisme, ptomaïnes, en certaines circonstances, sont capables aussi de produire une excitation du centre épileptogène.

Ce serait ainsi que serait réalisée sur l'homme l'*épilepsie chimique* ou humorale, ou ptomaïnique intermittente comme les affections humorales, éclatant lorsque l'organisme est saturé, intoxiqué.

A cette épilepsie chimique, d'origine humorale pour ainsi dire spontanée, s'ajoute souvent l'épilepsie toxique par ingestion de substances aussi épileptogènes, telles que l'absinthe, les alcools, le tabac, le haschich, etc., etc.

La tendance à fabriquer des substances épileptogènes peut être dans une certaine mesure héréditaire comme la disposition à fabriquer des tophus ou des calculs, soit que ces substances soient fabriquées par l'organisme seul, ou avec l'aide de micro-organismes également transmissibles de parents aux enfants.

Ceci nous amène à parler de la troisième catégorie d'épilepsie, les épilepsies microbiennes.

Mais auparavant je veux appuyer mes remarques suggestives sur l'épilepsie chimique de faits d'observations personnelles sur de jeunes sujets (écoliers).

J'ai eu occasion d'observer quelques jeunes gens qui venaient d'être atteints d'une épilepsie *récente* et périodique, par conséquent au moment favorable pour l'étude.

Dans ces cas, j'ai constaté chez ces sujets des troubles urinaires, des accumulations de sels urinaires très considérables, précédant et accompagnant les périodes de crises, et disparaissant dans les périodes de calme. C'était, à mes yeux, l'indication du trouble nutritif et chimique, en rapport avec le produit épileptogène.

Quant à l'épilepsie microbienne, qui se confond d'ailleurs fréquemment avec l'épilepsie chimique, parce que les microbes, par leurs ptomaïnes propres, sont pour leur part et peut-être pour la grande part les producteurs de ptomaïnes épileptogènes.

Cette épilepsie microbienne se présente sous plusieurs aspects. Les microbes sont diffusés dans l'organisme et atteignent le système nerveux secondairement par les ptomaïnes qu'ils produisent, ou bien les microbes se cultivent en foyers localisés dans le système nerveux.

C'est cette épilepsie à lésions microbiennes du système nerveux qu'ont déjà étudiée d'une manière si sagace MM. Marie, Pierret et Georges Lemoine.

Ces auteurs font remarquer que l'épilepsie infantile grave est très fréquemment précédée de maladies infectieuses connues (fièvres éruptives, typhoïdes, syphilis, etc.), ou de maladies infectieuses innommées (Marie), et que la localisation de ces microbes dans le système nerveux est infiniment probable depuis les travaux de Pasteur sur la rage, même lorsque nous ne avons pas déceler ces foyers microbiens.

M. Lemoine a insisté surtout sur ce fait que l'épilepsie microbienne, par syphilome, par exemple, se produit, surtout à la période de cicatrisation et de réparation du néoplasme, c'est-à-dire lorsque la cicatrice rétractile excite les fibres nerveuses avoisinantes pour mettre en jeu, à distance, l'appareil épileptogène.

Les cicatrices traumatiques du système nerveux produisent aussi beaucoup plus souvent l'épilepsie que la plaie récente.

Pour les infections innommées ou connues on se

rendra compte, de la même manière, qu'elles ne produisent l'épilepsie qu'à longue échéance, lors des rétractions cicatricielles des foyers microbiens.

Les arrêts partiels de développement des membres, de la face, du crâne, seraient aussi des effets éloignés des lésions microbiennes en foyer du système nerveux et non plus seulement des stigmates de la dégénérescence des individus et des races. La doctrine de la dégénérescence, défendue encore récemment par Ballet, se trouverait par là fort diminuée de son importance.

Ainsi même cette épilepsie microbienne, par foyers localisés dans l'appareil nerveux, agirait aussi d'une manière analogue aux épilepsies d'origine périphérique, en excitant à distance l'appareil épileptogène.

Ces épilepsies seraient donc également symptomatiques.

On se demandera ensuite, d'après cela, combien il reste d'épilepsies prétendues essentielles, c'est-à-dire à causes méconnues.

Ainsi les travaux les plus récents, institués à différents points de vue, nous amènent à cette conclusion commune que la grande majorité des épilepsies, sinon toutes, sont des épilepsies symptomatiques.

En d'autres termes, nous retrouvons notre formule du début. Il y a un appareil épileptogène dont l'excitation produit les mêmes symptômes, mais dont la mise en mouvement peut être produite par une foule d'agents, y compris, le plus intéressant pour nous, le nerf acoustique et les nerfs de la caisse tympanique, trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien.

L'épilepsie d'oreille comprend donc l'épilepsie par excitation localisée du nerf acoustique et les épilepsies par excitation combinée des nerfs trijumeau, pneumogastrique et glosso-pharyngien dans les lésions de la caisse.

Notre épilepsie, l'épilepsie acoustique proprement dite, qui présente les lésions les plus minimes, et les plus

facilement curables par conséquent (c'est le plus souvent une compression momentanée du labyrinthe, otopiésis), est caractérisée par une diminution de l'ouïe ou des bourdonnements précédant la crise, ou succédant à la crise, des obstructions des trompes précédant aussi les crises. L'arrêt de la crise est obtenu par la décompression du labyrinthe et du nerf acoustique, avec les insufflations d'air, etc.

La cure totale est possible par l'éloignement des causes d'excitation du nerf acoustique selon les cas, par les moyens ordinaires, ou par les opérations qui décompriment le labyrinthe, la mobilisation de l'étrier (1), par exemple.

Les épilepsies d'oreille par excitation combinée de tous les nerfs de la caisse tympanique sont aussi, dans une certaine mesure, curables, quand ces lésions de la caisse ou du rocher sont elles-mêmes curables.

Toujours est-il que les épilepsies d'oreille doivent être diagnostiquées (troubles légers ou graves de l'ouïe) de bonne heure et soignées rapidement. Car, si l'on s'en rapporte aux expériences de Brown-Séquard, les habitudes épileptiques, l'habitude que l'appareil épileptogène prend d'être excité facilement fait que cet appareil devient plus excitable et peut être mis en jeu ultérieurement par des causes futiles psycho-motrices, émotives, tout autre que la cause première. Par conséquent, l'habitude épileptique peut survivre à la cause épileptogène primitive et constituer un état de prédisposition fâcheuse aux crises épileptiques.

Les épileptiques à leurs premières crises auront donc grand intérêt à être examinés, du côté de l'oreille, comme du côté des autres nerfs ou organes épileptogènes. L'épilepsie d'oreille paraît être, d'après nos observations récentes, plus fréquente qu'on ne le supposait, et cette épilepsie peut être guérie par les moyens appropriés.

(1) Boucheron, Opération de la surdité otopiésique (*Acad. des Sciences*, 23 avril 1888.

ABCÈS CHRONIQUE DÉVELOPPÉ DANS UN MOIGNON D'AMYGDALE

Par le Dr NOQUET, de Lille (1).

Si j'en juge par mes recherches bibliographiques et par ma pratique personnelle, les abcès chroniques de l'amygdale sont rares. Les traités de chirurgie générale ou spéciale ne décrivent que l'abcès aigu, l'amygdalite phlegmoneuse, affection fréquente, pour laquelle, on est assez souvent forcé d'intervenir activement avec le bistouri. En ce qui me concerne, j'ai, un bon nombre de fois déjà, ouvert des collections purulentes de ce genre. Certains malades présentent même des phlegmons tonsillaires à répétition, qui reviennent, plus ou moins souvent, et dont on les débarrasse en réduisant l'amygdale par la méthode ignée. Dans ces cas, il existe, entre chaque poussée, une période d'accalmie quelquefois assez courte, il est vrai; mais enfin la suppuration n'est pas permanente. Au contraire, dans celui dont je demande la permission de vous entretenir aujourd'hui, un moignon d'amygdale se trouvait creusé d'une cavité abcédée, qui communiquait avec l'extérieur par une petite fistule laissant, depuis six mois, sortir du pus tous les jours. Ce cas, le seul que j'aie rencontré jusqu'ici, m'a paru assez intéressant pour être relaté brièvement.

Observation. — Mme X..., âgée de vingt ans, vient me consulter, le 5 octobre 1887. Cette dame, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladies graves. Elle se plaint de ressentir, depuis six mois, pendant la déglutition, une douleur très vive, au niveau de l'amygdale gauche. En outre, plusieurs fois, dans la journée, elle crache une certaine quantité de pus qui, selon elle, sort certainement de l'amygdale.

Dès l'enfance, cette dame a présenté une hypertrophie très prononcée des tonsilles. Vers l'âge de six ans, on lui fit, avec

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, dans la séance du 30 avril 1888.

l'amygdalotome, l'ablation de la droite, qui était la plus volumineuse. La gauche, restée en place, fut, surtout dans ces dernières années, le siége de poussées phlegmoneuses, qui devinrent tellement fréquentes et tellement gênantes que le médecin de la famille pratiqua, il y six mois, l'amygdalotomie. Mais cette opération n'améliora, en aucune façon, les symptômes. Au contraire, de périodiques, les douleurs devinrent permanentes, et le pus se mit à sortir tous les jours.

A l'examen, je constate que l'amygdale gauche a été sectionnée, nettement, au niveau du bord libre des piliers. Le moignon, qui présente une surface plane, est très rouge et notablement hypertrophié. Sa largeur, dans le sens antéro-postérieur, peut être estimée à deux centimètres, et sa hauteur à trois. Les allégations de la malade pouvant faire supposer qu'il renferme du pus, j'exerce, sur la surface plane, en glissant de bas en haut, une pression assez forte avec un stylet, et vois ainsi sourdre, par un petit pertuis situé à la partie supérieure du pilier antérieur, et à trois millimètres environ de son bord libre, une goutte d'un liquide jaunâtre, paraissant franchement purulent.

Ce pertuis était tellement peu apparent qu'il aurait échappé à mon examen, sans l'issue du pus provoquée comme je viens de le dire. Je parvins, néanmoins, à introduire un stylet mince et flexible, par cette ouverture, et pus constater que je tombais ainsi dans une poche présentant à peu près un centimètre et demi, dans le sens antéro-postérieur, et deux dans le sens vertical. La fistule correspondait à la partie supérieure de cette poche. En explorant dans tous les sens, je ne rencontrai, du reste, aucun corps dur, ce qui pouvait faire rejeter l'existence d'un calcul enchatonné. Ces différentes manœuvres ayant déjà provoqué des douleurs très marquées et me trouvant suffisamment éclairé, je ne crus pas utile de rechercher la fluctuation par le procédé de Stœrk (1). Je proposai, de suite, une intervention active, qui fut acceptée.

(1) *Klinik der Krankheiten des Kehlkopfs, Enke., Stuttgart*, 1876, p. 109, cité par Morell-Mackenzie. (*Traité pratique des maladies du larynx, du pharynx et de la trachée,* traduit par Moure et Berthier, p. 79.)

Après avoir badigeonné, à trois reprises, la surface du moignon et le pilier antérieur, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), je pénétrai, dans la cavité abcédée, par la petite ouverture, avec un galvano-cautère pointu et fin que j'enfonçai à peu près d'un centimètre. Puis, faisant passer le courant, je pratiquai, en descendant avec lenteur, parallèlement au bord libre du pilier, une incision haute d'environ un centimètre et demi. Il s'écoula immédiatement par cette ouverture un flot de pus, qui représentait au moins le contenu d'un dé à coudre. La dame avait courageusement supporté cette petite manœuvre, assez douloureuse malgré la cocaïne, qui, on le comprend, ne pouvait ici se montrer très efficace. Séance tenante, je fis plusieurs cautérisations assez profondes sur le moignon, dans le but de le réduire. Comme soins consécutifs, je conseillai des pulvérisations avec une solution saturée d'acide borique, et, pour rendre la déglutition moins douloureuse, un badigeonnage avant chaque repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième.

Je revis la malade cinq jours après. La situation s'était déjà sensiblement améliorée; la déglutition était beaucoup moins pénible et la suppuration semblait arrêtée. Une nouvelle exploration avec le stylet permit de constater, d'une part, que la cavité de l'abcès avait diminué, et que, d'autre part, il n'existait décidément pas de calcul. Quelques cautérisations galvano-caustiques furent encore faites sur le moignon. Vingt jours plus tard, l'ouverture de l'abcès s'était complètement fermée, le moignon était moins volumineux, et il n'existait plus aucune douleur. La malade put se croire guérie définitivement. Il n'en était rien cependant. Vers le milieu de décembre, c'est-à-dire après un mois et demi environ d'accalmie, les douleurs reparurent, et du pus sortit à nouveau dans la bouche, en moins grande quantité toutefois.

Le 20 décembre, l'examen me montre que la surface plane du moignon présente, à peu près, un centimètre de largeur et un et demi de hauteur. Une petite fistule existe encore, sur le pilier antérieur, mais elle me paraît située un peu plus bas

que la première. Malgré des pressions assez fortes, je ne parviens pas à faire sourdre du pus par cette ouverture. Le stylet indique, d'ailleurs, que la cavité amygdalienne est fort petite. Elle semble réduite à un simple trajet dirigé d'avant en arrière et long d'environ un centimètre.

Après plusieurs badigeonnages avec la solution de chlorhydrate de cocaïne (2/10), j'introduis le galvano-cautère dans ce trajet, et fends complètement sa paroi interne, en y comprenant la portion correspondante du pilier antérieur. Par cette brèche je m'assure avec le stylet qu'il n'existe pas d'autres diverticulum. Comme la première fois, le traitement consécutif consista en pulvérisations boriquées et en badigeonnages pratiqués, avant les repas, avec une solution de chlorhydrate de cocaïne au dixième. Quinze jours après, la guérison était complète. Elle se maintient depuis quatre mois, et il y a lieu d'espérer qu'elle est définitive. Le moignon d'amygdale s'est d'ailleurs considérablement ratatiné.

Il aurait, évidemment, été très utile d'examiner le pus au microscope, pour se renseigner sur les microbes qu'il contenait et s'éclairer, ainsi, sur la nature de l'abcès. Peut-être aurait-on trouvé quelques bacilles tuberculeux. Malheureusement, préoccupé surtout par l'acte opératoire, j'oubliai de recueillir du pus. Je dois dire, toutefois, que Mme X... ne présente aucun signe de tuberculose pulmonaire et que sa santé est excellente.

Réflexions. — Je me suis permis, en commençant, d'attirer votre attention sur la rareté du fait. J'ajouterai que le diagnostic aurait pu rester en défaut, si, se bornant à un examen sommaire, on s'était contenté de voir que l'amygdale avait été sectionnée au ras des piliers. N'est-il pas, en outre, assez curieux de constater, dans le cas spécial, l'impuissance de l'amygdalotomie, cette opération qui, malgré les graves dangers d'hémorragie auxquels elle expose, malgré les travaux assez nombreux publiés sur les avantages de la méthode ignée, est encore, trop souvent, considérée comme le meilleur traitement

de l'hypertrophie? Je terminerai, en faisant remarquer que le galvano-cautère a été, ici, d'une très grande utilité et qu'il aurait été difficile d'obtenir, sans lui, un résultat aussi satisfaisant. Non seulement il a permis d'ouvrir, commodément, la cavité abcédée, mais il a dû aussi contribuer à détruire les germes pathogènes qu'elle renfermait. C'est sans doute parce que la première cautérisation avait été insuffisante à ce point de vue que la récidive s'est faite.

LES SYMPTOMES DES MALADIES DU SINUS SPHÉNOIDAL

Par M. le Dr **Emile BERGER** (1).

En lisant les travaux rhinologiques des auteurs, on ne trouve que très peu de choses sur les maladies du sinus sphénoïdal, alors que les symptômes des maladies des sinus frontal et maxillaire sont bien décrits. En effet, il y a des auteurs, par exemple M. Albert, à Vienne, qui croient qu'il ne sera jamais possible de faire le diagnostic d'une maladie du sinus sphénoïdal.

J'ai trouvé dans quelques auteurs la description des cas avec les symptômes des maladies de la base du crâne et des troubles oculaires, où se trouvaient par la nécroscopie des altérations dans le sinus sphénoïdal. Cela m'engagea à recueillir tous les cas des maladies de la cavité sphénoïdale prouvées par la nécroscopie pour décrire les symptômes de ces maladies.

En effet, il était possible, après mes recherches, de faire, à Gratz, le diagnostic d'une tumeur du sinus sphénoïdal où l'examen nécroscopique a donné raison au diagnostic fait deux jours avant. M. *Priesthley Smith*, à Birmingham, a fait disparaître dans un cas de tumeur du sinus sphénoïdal tous les symptômes et aussi les troubles oculaires en extirpant la tumeur qui s'était développée dans la

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1887.

cavité naso-pharyngienne. M. *Schaeffer*, à Dantzig, a ouvert dans un cas le sinus sphénoïdal pour faciliter l'écoulement du pus qui s'y était amassé, et le malade fut guéri.

Je crois que les maladies du sinus sphénoïdal sont plus fréquentes qu'on pense, mais qu'on fait très rarement des recherches *in vivo* et presque jamais l'examen anatomo-pathologique.

Je résume comme il suit les symptômes que j'ai trouvés en collaboration (1) avec mon élève M. le *Dr Fyrman*, médecin-colonel de l'armée autrichienne.

Tant qu'un processus maladif est limité en dedans du sinus sphénoïdal les symptômes subjectifs peuvent manquer, ou bien on trouve des céphalalgies graves. Mais, si le processus se propage aux parties voisines, il en résulte des symptômes qui peuvent faire reconnaître, avec une certaine assurance, le corps de l'os sphénoïdal comme le siège de la maladie.

La carie et la nécrose du corps de l'os sphénoïdal présentent les symptômes suivants :

1° Cécité subite unilatérale avec phlegmon orbitaire. La cause de la cécité était la périnévrite du nerf optique dans le canal optique;

2° Quelques parties de l'os se détachent lentement sans qu'il arrive jamais de troubles oculaires; enfin arrive la méningite;

3° Perte subite d'une grande partie de l'os par le nez.

4° Hémorragie mortelle après la perforation de la paroi située entre le sinus sphénoïdal et le sinus caverneux;

5° Abcès rétro-pharyngien ;

6° Thrombose du sinus caverneux et de la veine *ophthalmique* à cause de la thrombose du sinus veineux circulaire de la selle turcique;

7° Perforation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal sans aucun autre symptôme.

(1) *Berger* und *Fyrman*, Die Krankheiten des Keilbeinhöhle und des siet, beinlabyrinthes. Wiesbaden, Bergmann, 1886.

Dans les tumeurs du sinus sphénoïdal on peut distinguer quatre périodes :

1° La tumeur est limitée en dedans des parois du sinus. Il n'existe aucun symptôme ou de la céphalalgie ;

2° La tumeur élargit par sa croissance les parois du sinus sphénoïdal, cause leur atrophie et la compression des organes voisins. La compression peut envahir un ou les deux nerfs optiques et entraîner l'amaurose ;

3° Dans la troisième période, la tumeur se propage en dehors des parois du sinus sphénoïdal. Elle se propage dans la cavité naso-pharyngienne, dans les cellules ethmoïdales, dans l'orbite et ensuite dans la cavité crânienne. La perforation de la base du crâne peut se manifester sans aucun symptôme ou par une céphalalgie très grave ;

4° Dans la quatrième période on observe des métastases dans divers organes.

On observe souvent dans la marche de la maladie des accès épileptiformes. Si la tumeur croît rapidement, le malade est bientôt, après la perforation de la base du crâne, atteint de méningite ou d'abcès cérébral.

Les blessures du corps de l'os sphénoïdal peuvent produire les symptômes suivants :

1° Dans les fissures de la paroi supérieure du sinus sphénoïdal, on observe l'écoulement continu du liquide cérébro-spinal ;

2° La rupture d'un morceau du corps de l'os sphénoïdal peut entraîner une blessure de la carotide interne en dedans du sinus caverneux et causer l'exophthalmie pulsative ;

3° La continuation de la fissure dans le canal du nerf optique cause la compression ou la déchirure du nerf optique dans ce canal et, par suite, l'amaurose ;

4° Si la fissure se continue par le trou ovale ou rond, elle produit l'anesthésie de la deuxième et de la troisième branche du trijumeau. Simultanément une déchirure ou une blessure d'autres nerfs cérébraux peut se présenter.

Quant à la façon dont se produisent, les troubles oculaires, il faut remarquer que le rétrécissement du champ visuel est caractéristique. Il est, au début, temporal, et se propage ensuite en forme concentrique.

Le centre du champ visuel se trouve conservé le plus longtemps.

J'explique ce fait de la manière suivante : les fibres du nerf optique voisines du sinus sphénoïdal correspondent à la partie interne de la rétine qui sert pour la partie temporale du champ visuel. Comme les fibres qui se terminent dans la macula sont, selon les expériences de M. *Samelsohn*, situées dans le canal optique dans l'axe du nerf, ces fibres sont la plupart atteintes par la tumeur qui se propage de la périphérie vers l'axe.

Dans l'examen ophthalmoscopique, on observe la névrite optique et enfin l'atrophie du nerf optique.

Les cas où les troubles oculaires se présentaient seulement d'un côté, ou manquaient entièrement, m'ont fait soupçonner qu'il existe des différences dans l'épaisseur de la paroi qui sépare le sinus sphénoïdal et le canal optique. J'ai ensuite trouvé ces différences et j'ai l'honneur de vous les présenter dans des préparations anatomiques.

La tumeur peut remplir le canal du nerf optique, séparer les parties intraorbitaire et intracranienne du nerf optique et se propager ensuite dans l'orbite. J'ai l'honneur de vous présenter le dessin de la préparation d'un cas du Muséum de Vienne, dessin qui prouve quelle grave déformation peut se produire dans les cas où une tumeur occupe toutes les cavités voisines du nez.

Je mentionne encore la présence très fréquente des déhiscences de la paroi située entre le canal optique et le sinus sphénoïdal. Dans ces cas la gaîne du nerf optique recouvre la membrane muqueuse. Une inflammation de cette dernière membrane peut se propager très facilement vers la gaîne du nerf optique.

On connaît par exemple des faits où une périnévrite ou

névrite optique rétrobulbaire aiguë s'était développée après un refroidissement.

Il est difficile d'expliquer comment le nerf optique, situé dans la profondeur de l'orbite, était affecté par le refroidissement pendant que l'œil même restait intact. Peut-être l'étiologie de ces cas est-elle éclaircie par le danger qui existe pour le nerf optique dans le canal optique, résultant du voisinage du sinus sphénoïdal.

Prenant la liberté de vous expliquer en quelques mots le but de mon ouvrage sur les maladies du sinus sphénoïdal, je vous prie de porter votre attention sur ce sujet très intéressant. Dans tous les cas où il existe un soupçon que le sinus sphénoïdal est affecté par une maladie, principalement dans les tumeurs rétropharyngiennes, il est nécessaire de faire l'examen ophthalmoscopique et l'examen du champ visuel.

OBSERVATION D'UN CAS DE CÉPHALÉE QUOTIDIENNE DATANT DE DEUX ANS, GUÉRIE PAR LA CAUTÉRISATION NASALE ET L'ABLATION DES MASSES ADÉNOIDES

Par le Dr **MÉNIÈRE** (1).

Chacun sait que les affections du nez et du pharynx nasal ont une grande importance dans la pathogénie de certaines maladies des oreilles.

Mais, en outre, les masses adénoïdes et la rhinite hypertrophique avec épaississement et décollement de la muqueuse des cornets, entraîne assez souvent l'inflammation consécutive des divers sinus de la région, qui est la cause d'états pathologiques variés.

Qui de vous n'a pas soigné et guéri des enfants chez lesquels se manifestaient des symptômes généraux d'une certaine gravité, tels que céphalée intermittente ou conti-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

nuelle, atonie générale, modifications profondes dans la santé habituelle, dont certains médecins oublient de rechercher les causes, ou veulent les trouver là où elles n'existent pas. Je ne parle ici que pour mémoire de la malformation du thorax due à une respiration insuffisante, malformation qui a de grands inconvénients.

Le cas dont je vais vous entretenir ne doit pas être unique, j'en suis sûr, mais il est tellement net que je le crois intéressant.

Observation. — Le 31 août 1887, on m'amène M. de X..., jeune garçon de neuf ans, assez grand pour son âge. Dès son entrée, son aspect me parut singulier. Le facies est gris jaunâtre, les yeux cernés, les paupières à demi-tombées, comme s'il craignait la lumière, la bouche entr'ouverte ; sa démarche est lente ; il semble brisé, fatigué, hébété, et s'assied comme s'il était à bout de forces.

Voici son histoire racontée par ses parents avec force détails, que j'abrégerai autant que possible.

« Notre fils est dans un état lamentable. Depuis le mois » d'octobre 1885, il est sujet à des maux de tête qui le pren- » nent d'ordinaire vers 11 heures ou midi et durent au » moins deux heures quand ce n'est pas 3, 4 ou 5 heures.

» Il lui est impossible, malgré toute sa bonne volonté et » nos exhortations jointes à celles de son précepteur, de se » livrer au moindre travail.

» Il dort mal, joue avec peu d'entrain, mange à peine, et » semble toujours fatigué.

» Notre médecin ordinaire l'a traité par toutes les médica- » tions possibles : sulfate de quinine, bromure de potassium, » huile de foie de morue, sirop iodé. Au bout de quelques » mois, ne voyant aucun changement, nous avons appelé en » consultation un médecin éminent. On l'a examiné avec le » plus grand soin : la poitrine, le cœur, ont été auscultés sans » qu'on pût trouver la moindre lésion pouvant expliquer » les phénomènes. On conseilla le bord de la mer, où nous » allâmes pendant six semaines.

» A la fin de 1886, plus de quatorze mois après le début » des accidents, l'état était toujours identique ; il y avait » encore même un peu d'aggravation. Le matin, dès son lever, » l'enfant avait la tête lourde, des malaises fréquents et, » toujours, vers midi, les mêmes douleurs de tête, dans la » région frontale.

» Une nouvelle consultation eut lieu en 1887. On essaya » différentes médications : hydrothérapie, exercice au grand » air ; puis sulfate de quinine à hautes doses ; bromure de » potassium à hautes doses. Rien n'y fit.

» Les médecins ne savaient à quoi attribuer cet état » d'affaissement général que rien ne pouvait expliquer.

» On nous engagea à partir à la campagne, dès le prin- » temps, en défendant tout travail.

» J'ai loué, il y a quatre mois, une maison aux environs de » Paris, dans une région très aérée. Sauf de très rares répits, » l'état est le même.

» Le vieux médecin de la localité qui venait de temps à » autre examiner notre petit malade, voyant à la fin grandir » nos inquiétudes, nous conseilla de le conduire à un spécia- » liste, afin, nous dit-il, de s'assurer *s'il n'y a pas quelque* » *chose du côté du nez, car il lui paraît embarrassé.*

» Nous venons vous demander votre opinion. »

J'examinai avec soin ce jeune enfant, et quelques minutes après mon diagnostic était fait.

Des masses adénoïdes remplissaient le pharynx nasal. Il y avait en outre une rhinite hypertrophique considérable et des amygdales assez volumineuses, mais depuis peu de mois.

Je ne pus m'empêcher de réserver prudemment mon opinion quant au pronostic, car j'avais eu l'occasion de voir quelquefois des céphalées assez fortes être causées par ces diverses lésions ; mais il ne m'avait pas été donné d'observer des douleurs de tête quotidiennes, remontant à plus de 23 mois, sans arrêt.

Après avoir énuméré aux parents l'ensemble des opé-

rations nécessaires qui ne pouvaient qu'améliorer l'état et peut-être amener la guérison, je résolus, séance tenante, de mettre deux pointes de feu, avec le galvanocautère, sur chacun des cornets inférieurs hypertrophiés, espérant obtenir de suite un petit résultat.

Mes espérances furent dépassées.

Du 31 août au 3 septembre, l'enfant n'eut qu'un peu de lourdeur de tête, sans céphalée. Le 3, une heure de mal de tête. Le 4, je renouvelai les pointes de feu, et 8 jours après, le 11 septembre, il ne ressentait plus de douleur.

Je commençai alors de suite l'ablation des masses adénoïdes que je fis en quatre séances, tous les huit jours, et je continuai, dans l'intervalle, l'emploi de la galvanocaustique sur les cornets.

Au commencement d'octobre, l'enfant se sentait renaître. Je le revis tous les mois.

Il est rentré au collège en novembre 1887, et, depuis les opérations pratiquées, *jamais* il n'a eu le moindre mal de tête. La physionomie a repris l'aspect normal que doit avoir un enfant de son âge qui n'est frappé d'aucune diathèse ; son intelligence a repris son vol, et l'économie toute entière fonctionne admirablement.

Réflexions.—Nous avons tous vu des cas ressemblant dans une certaine mesure à celui qui fait le sujet de cette observation.

Mais je crois qu'il est bien rare de rencontrer une céphalée quotidienne durant près de deux ans et entraînant avec elle des accidents généraux de telle nature que la famille regardait l'enfant comme s'acheminant vers une issue fatale.

Tous les traitements mis en œuvre par des confrères de grande valeur n'amenèrent aucun changement dans cet état grave.

Je crois superflu de me lancer dans les déductions pathologiques que pourrait comporter un pareil sujet. Les données anatomiques et physiologiques ne sont même

plus en discussion, et vous les avez présentes à l'esprit.

Je me contenterai d'insister sur trois points essentiels.

Ma première remarque a trait à l'influence de lésions, relativement peu graves, des sinus sur la santé générale de jeunes sujets, dans des conditions qui surprennent les cliniciens les plus expérimentés.

La présence des masses adénoïdes et l'hypertrophie de la muqueuse des cornets sont les deux facteurs principaux qui dominent la situation.

Le second point intéressant est l'effet surprenant obtenu par la galvano-caustie.

Il est évident qu'une médication qui modifie profondément l'état congestif des sinus de la région amène une sédation marquée des accidents et entraîne le plus souvent la guérison.

Dans le cas observé par moi, le résultat de l'emploi des pointes de feu a été presque instantané.

L'ablation des adénoïdes a achevé ce que la galvano-caustie avait si bien commencé.

Enfin, je termine en appelant l'attention des médecins sur l'importance capitale d'un examen approfondi des cavités nasales et naso-pharyngiennes, lorsqu'on se trouve en présence de symptômes généraux d'une certaine gravité, surtout lorsque ceux-ci ne peuvent être expliqués par des lésions d'autres organes.

Ne voyons-nous pas souvent, dans le même ordre d'idées, des médecins intelligents croire à des affections cérébrales au début, chez des enfants dont la maladie paraît suivre une voie anormale, alors qu'il s'agit simplement d'une affection inflammatoire de l'oreille moyenne, qui passe inaperçue parce qu'on n'a pas pensé à regarder le conduit auditif?

Nous le disons dans nos travaux, nous le répétons tous les jours, et tous les jours nous voyons les mêmes faits se reproduire, sans qu'on veuille paraître tenir compte de l'expérience acquise par des confrères qui se sont voués aux études spéciales.

SUR UNE FORME DE STÉNOSE NASALE

Par le Dr J. BARATOUX (1).

Parmi les différentes variétés de sténoses nasales, j'ai pu observer une série de déviations de la cloison avec développement sur l'une de ses faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse obstruant complètement ou presque complètement la cavité du nez au point de rendre impossible la respiration par la fosse nasale.

Dans la plupart de mes cas, c'est-à-dire dans sept sur dix, la déviation de la cloison et la tumeur fermaient la narine gauche ; dans les trois autres cas (y compris deux cas que j'observe en ce moment), la fosse nasale droite était obstruée.

Mes malades, dont l'âge varie entre huit et cinquante-deux ans, ont été presque tous atteints de tumeurs adénoïdes. Deux d'entre eux, âgés, n'avaient pas de végétations ; ils donnaient pour origine à leur affection nasale un traumatisme datant de l'enfance. Notre dernier patient, dont nous rapporterons l'observation, attribuait à une même cause les troubles qu'il éprouvait, mais nous crûmes toutefois que son pharynx contenait des traces de tumeurs adénoïdes.

Les divers symptômes que nous avons pu constater chez ces malades étant analogues à ceux qu'éprouvait le patient auquel nous faisons allusion plus haut, nous croyons bon de rapporter son observation.

Observation. — C'est au mois de décembre 1887 qu'il vint nous consulter à propos d'une gêne considérable qu'il ressentait derrière le voile du palais ; il accusait en outre une sécheresse de la gorge, quoique, par intervalle, il eut d'abondantes mucosités dans le pharynx. Sa voix était enrouée d'une manière presque continuelle depuis plusieurs années. Ce malade, de constitution faible, avait été ajourné au conseil

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

de révision quelques mois auparavant par suite de faiblesse. Depuis son enfance, il était sujet aux catarrhes des voies respiratoires : coryza, maux de gorge, bronchites; mais, comme maladies sérieuses, il n'avait eu qu'une fièvre typhoïde à l'âge de seize ans et des fièvres intermittentes en 1886. C'est vers l'âge de treize ans qu'il avait reçu un coup sur le nez.

Ce malade ne peut faire de longues courses; il se fatigue rapidement au point que quelques médecins ont pensé qu'il était atteint d'une affection cardiaque. Les sens du goût et de l'odorat sont peu développés chez lui.

Sa face est petite; sa voûte palatine est étroite ; elle présente même une courbure exagérée. Le rebord alvéolaire du maxillaire supérieur est asymétrique, le bord droit semble plus bas que celui du côté opposé; les incisions sont implantées obliquement, de telle sorte que le bord postérieur des incisives gauches est recouvert par le bord antérieur de celle qui le suit immédiatement. On peut noter encore la déformation thoracique et l'ouverture constante de la bouche, signes si caractéristiques des tumeurs adénoïdes.

La rhinoscopie antérieure montre une fosse nasale droite large, avec hypertrophie du cornet inférieur qui ne touche pas cependant la cloison. A ce niveau le septum présente une concavité en forme de gouttière longitudinale avec dépression infundibuliforme vers la partie médiane. A gauche, les cornets et la cloison se touchent ; c'est à peine si l'on peut passer un stylet très fin entre ces deux parties. La cloison forme au niveau de la concavité correspondante de son autre face une saillie analogue à un bourrelet qui proémine surtout vers le milieu de sa longueur. Par sa face externe, cette saillie comprime fortement le cornet inférieur qui semble à peine développé dans ses parties membraneuses. Le bord du bourrelet et sa face supérieure refoulent en haut le cornet moyen hypertrophié. Cette saillie, qui s'avance jusqu'à l'épine nasale antérieure et qui s'étend sur une longueur de trois centimètres, comme on peut le constater après anesthésie par la cocaïne, au moyen d'un stylet coudé passé derrière la tumeur, a douze millimètres d'épaisseur (mesure obtenue par un

compas d'épaisseur spécial) dans sa partie la plus épaisse ; elle est formée entièrement par du tissu osseux, comme nous avons pu du reste nous en rendre compte ultérieurement.

A la rhinoscopie postérieure, la partie postérieure de la cloison est légèrement déviée à gauche, et la muqueuse des cornets ne présente aucune autre particularité que celle d'être le siége d'un coryza chronique. A la voûte du pharynx, hypertrophie mamelonnée et rougeur de la muqueuse. Il existe des mucosités dans cette région, ainsi que dans les fosses nasales ; depuis quelque temps elles semblent même avoir acquis un degré de fétidité assez prononcé pour gêner l'entourage du malade. La muqueuse du pharynx buccal est sèche, luisante et vernissée.

Après avoir institué pendant quelques jours un traitement antiseptique (pulvérisations boriquées par les narines, gargarismes et lavages du pharynx au moyen d'une seringue coudée), je procède à l'ablation de la tumeur.

J'introduis dans la fosse nasale gauche un tampon d'ouate trempé dans une solution de cocaïne au 1/5 et je le laisse en place pendant quelques minutes ; je sectionne alors la muqueuse, sur la partie supérieure du bourrelet, au moyen d'un couteau galvano-caustique recourbé sur le champ. Pas de douleur, pas d'écoulement sanguin. J'enlève alors la tumeur osseuse au moyen d'une scie très fine. Le malade n'éprouve qu'un agacement dû aux mouvements de va-et-vient de l'instrument. La tumeur était à moitié sectionnée, lorsque la face du patient devient pâle ; il est pris d'une syncope qui ne dure que quelques instants, grâce à l'inhalation de quelques gouttes de nitrite d'amyle ; et il me demande de continuer l'opération.

Jusque là je n'avais eu de sang, mais alors l'écoulement sanguin est assez abondant par la narine opposée, ce qui est dû à la section de la partie de la cloison très concave de ce côté. En effet la scie a enlevé une rondelle de la cloison qui laisse communiquer entre elles les deux narines par une petite ouverture d'environ deux millimètres carrés. L'hémorragie est facilement arrêtée par l'application en ce point

d'un tampon d'ouate trempé dans une solution de chlorure de zinc. Dans l'autre fosse nasale, il n'y a qu'un léger suintement sanguin qui s'arrête après les badigeonnages de cocaïne au 1/10. Je peux alors terminer l'opération sans éprouver aucune difficulté. Pansement iodoforme. — Le soir légère fièvre combattue avec succès par l'emploi d'une dose de 0,50 centigrammes de sulfate de quinine. Le lendemain nouveau pansement et lavages boriqués; le troisième jour la plaie était déjà presque guérie entièrement. Par suite d'imprudences, le malade est pris d'un rhume qui n'a pas de conséquences fâcheuses grâce à l'usage du sulfate d'atropine.

Quelques jours après le malade est surpris de pouvoir distinguer nettement les odeurs; le sens du goût se développe également. Enlèvement au galvano-cautère d'une partie saillante de l'os en forme d'aiguille; la plaie est complètement guérie huit jours après l'opération. Le malade peut respirer à pleine poitrine, selon son expression. La faiblesse qu'il éprouvait a entièrement disparu.

Quatre mois après l'opération, j'apprends que le conseil de révision l'a déclaré propre au service militaire.

Dans nos différentes observations nous avons toujours eu recours à la scie, qu'il s'agisse de tumeurs osseuses ou cartilagineuses. Nous préférons cet instrument à la gouge, aux ciseaux ou au galvano-cautère.

Je n'ai pas eu l'intention d'étudier ici les déviations simples de la cloison; aussi n'ai-je pas parlé des différents procédés destinés à combattre cette affection, tels que les appareils de Jurasz, de Delstanche, de Flechter Ingals, etc. Cependant je dois dire que dans un cas de déviation verticale avec hypertrophie du cartilage de la cloison, j'ai eu recours à la dilatation au moyen d'une tige de laminaire et de morceaux d'ouate pour savoir à quelle profondeur s'étendait la tumeur. J'ai été très surpris de voir qu'au bout d'une douzaine de séances, à intervalles de deux ou trois jours, le cartilage avait diminué tellement de volume que le septum avait acquis presque son

épaisseur normale tout en reprenant sa direction antéro-postérieure. Ce malade, âgé de quatorze ans, est encore en traitement à ma clinique. Je dois dire que ses végétations adénoïdes ont été enlevées au moyen des pinces, et ses amygdales hypertrophiés ont été détruites par le galvano-cautère.

En résumé, je suis d'avis que la présence des tumeurs adénoïdes a une influence sur les déviations de la cloison et sur le développement de certaines tumeurs du septum et qu'il est nécessaire d'opérer ces sténoses nasales, même lorsqu'une seule narine est obstruée, car, outre l'amélioration de l'état local, on peut constater que l'état général bénéficie de l'opération.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE
SESSION DE 1888 (suite et fin).

Séance du 28 avril.

Des céphalées de croissance, par le Dr Joal (du Mont-Dore) (2).

M. Moure demande quel est le siége de la céphalalgie.

M. Joal répond qu'il s'agit d'une céphalalgie préfontale qu'on peut faire naître ou augmenter en comprimant le nerf sus-orbitaire. La céphalalgie postérieure lui paraît dépendre plutôt d'une affection pharyngée ou naso-pharyngienne.

M. Moure dit qu'il a observé des coryzas aigus, avec rétention des sécrétions et inflammation du sinus frontal, s'accompagner d'une céphalalgie sus-orbitaire violente.

M. Joal fait remarquer que dans le cas qu'il vient de rapporter la muqueuse du nez était non pas enflammée, mais tuméfiée.

M. Noquet. — Il existe certainement des cas où les douleurs frontales sont dues à des lésions nasales et notamment à l'hy-

(1) Voir *Revue*, no 6, 1888.
(2) Voir *Revue*, p. 377.

pertrophie des cornets inférieurs. Mais il en est d'autres aussi où les causes sont plus complexes. Assez souvent l'état général et des lésions auriculaires entrent en ligne de compte. J'ai vu chez certains enfants ou jeunes gens débiles atteints d'otite moyenne chronique simple et d'hypertrophie de la muqueuse des cornets inférieurs les douleurs frontales ne cesser qu'à la suite d'un traitement tonique prolongé et après la guérison de l'affection des oreilles. La disparition de la sténose nasale n'avait pas suffi.

M. BOUCHERON. — Les causes locales des céphalalgies et des migraines sont toujours fort intéressantes à étudier, parce qu'elles fournissent l'indication d'un traitement local, il n'en faut pas moins rechercher les causes qui sont aussi des sources d'indications thérapeutiques générales. Ainsi, par exemple, les lésions de la muqueuse nasale peuvent bien produire de la céphalée, mais, ce qui produit fort souvent la lésion de la muqueuse nasale ou du moins ce qui l'entretient, c'est l'état rhumatismal ou goutteux. Le traitement de la lésion locale et de la cause générale tendent donc à se confondre ou à se compléter. — De même aussi pour l'œil, un rhumatisme du cercle ciliaire détermine un état névralgique du plexus nerveux ciliaire, et des indications migraineuses ou céphalalgiques dans le front et les tempes. Le traitement local, par la cocaïne par exemple, supprime l'irritation locale et les irradiations céphalalgiques, mais le traitement général de la cause rhumatismale éloigne les rechutes et maintient la guérison.

M. SCHIFFERS (de Liège) pense qu'au point de vue du diagnostic des céphalalgies symptomatiques d'affections nasales il faut bien considérer leur siège, qui a une grande importance. Le plus souvent elles sont accusées au niveau de la région frontale et surtout dans la partie médiane. S'il y a complication d'une maladie de la caisse et qu'il s'agisse d'une tuméfaction de la muqueuse qui s'est étendue jusqu'à la trompe, il y aura consécutivement une dépression du tympan; dans ce cas la céphalalgie sera temporale et sera décrite par les malades sous forme de véritable tension.

Il est évident que l'état général du malade peut jouer un

rôle important dans la genèse de ces douleurs ; sans savoir s'il intervient dans l'étiologie, on prendra comme critérium le résultat du traitement local qui, en faisant disparaître les lésions constatées dans l'organe, devra en même temps triompher de la céphalalgie qui sera uniquement sous leur dépendance.

M. Héryng.—Parmi les causes des céphalalgies persistantes produites par les affections nasales il faut considérer les affections catarrhales ou purulentes du sinus sphénoïdal. Les symptômes de cette maladie ne sont pas toujours faciles à reconnaître. Parfois on trouve, en outre d'un abondant écoulement matinal, des maux de tête, du larmoiement, et, pendant l'inclinaison de la tête une sécrétion de quelques gouttes, plutôt séreuse que purulente. L'examen du nez ne donne pas de résultats précis, si on n'a pas recours à l'exploration des parties profondes avec le stylet après une cocaïsation préalable complète. C'est alors qu'on peut réussir à toucher la paroi antérieure et savoir s'il y a dénudation du périoste ou dilatation de la cavité. Dans un cas j'ai pu faire sortir le pus et pratiquer le grattage avec la curette de Schaeffer. La réaction fut assez considérable, la fièvre dura cinq jours avec frissons et grande faiblesse. Le malade, après une semaine, quitta le lit, et l'examen ultérieur démontra un petit polype situé très haut entre la cloison et le bord du cornet moyen. Après l'ablation du polype, les injections prolongées avec une solution de salicylate de soude guérirent complètement le sujet.

Quant à la méthode de Hack, consistant à détruire les cornets du nez dans les cas de migraines ou de céphalalgies dites réflexes, mes propres recherches n'ont demontré que bien rarement ce traitement donnait de bons résultats. Par contre j'ai observé des cas où, au lieu de soulagement, j'ai vu se produire des symptômes très désagréables, comme suppuration prolongée, obstruction complète du nez, pharyngite et catarrhe rétro-nasal purulent. Je crois utile de prévenir les malades, auxquels on se croit obligé d'employer la méthode de Hack, que le succès de cette petite opération n'est pas certain et que le traitement peut se prolonger un certain temps.

Abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale, par le Dr Noquet (de Lille) (1).

M. Moure vient de voir un cas analogue à celui de M. Noquet qu'il a, lui aussi, guéri par le galvano-cautère; l'abcès datait de plusieurs années. — Il pense en outre que, si *chez les adultes* on peut, et on doit, détruire les amygdales par le thermo ou le galvano-cautère, procédé qu'il emploie du reste; *chez l'enfant* au contraire il est préférable de faire l'amygdalotomie soit à l'amygdalotome, soit au bistouri; ce n'est que dans des cas exceptionnels (amygdales enchatonnées, adhérence des piliers, etc.) qu'il faudra avoir recours à l'ignipuncture chez les enfants, car chez eux l'hémorragie est bien moins à craindre que chez les adultes.

M. Schiffers. — Il est utile de savoir si dans le cas relaté par le Dr Noquet il y avait eu au début de vives douleurs. Nous pensons en effet qu'elles ont existé et qu'elles étaient dues à ce fait que le moignon de l'amygdale était bridé, c'est-à-dire adhérent à l'un ou à l'autre pilier, ou aux deux en même temps. Dans ces circonstances, ce qui reste de l'organe est beaucoup plus exposé au contact des aliments et par conséquent à toutes les causes d'irritation qui peuvent se produire dans l'acte de la déglutition. Il faut donc toujours examiner avec grand soin, après l'amygdalotomie, si le moignon est bien libre d'adhérences, et s'il n'est pas trop entraîné dans les mouvements du voile du palais. Nous connaissons tous des sujets porteurs d'amygdales volumineuses qui ne s'enflamment jamais; cela est dû précisément à ce que l'organe échappe dans ces conditions aux causes qui peuvent produire de l'irritation.

M. Noquet. — Dans le fait que j'ai communiqué, il y avait adhérence de l'amygdale avec le pilier, la douleur pouvait donc résulter de l'étranglement consécutif.

J'ai pratiqué bon nombre d'amygdalotomies chez les enfants sans rencontrer d'hémorragies gênantes; je reconnais que

(1) Voir p. 393.

cette opération est surtout commode par sa rapidité et j'en étais autrefois partisan. Mais il y a deux ans j'ai observé un cas qui m'a engagé à ne plus jamais la faire. Il se produisit chez une fillette de six ans, dans la nuit qui suivit l'opération, une hémorragie secondaire dont on ne s'aperçut pas tout d'abord parce que l'opérée avalait le sang en dormant. Je parvins néanmoins à arrêter l'hémorragie avec la pince de Broca, et l'enfant fut sauvée ; mais il est bien évident qu'elle serait morte si cette intervention avait quelque peu tardé. Et cependant dans ce cas dont j'ai gardé, on le comprend, le plus mauvais souvenir, toutes les précautions usitées avaient été prises. De plus les amygdales n'étaient pas rouges et n'avaient pas été enflammées depuis longtemps.

M. Moure ne croit pas qu'un seul insuccès puisse faire rejeter une méthode. Il demande à M. Noquet si après l'amygdalotomie il avait administré des médicaments à la malade, et sur la réponse négative M. Moure ajoute qu'il a l'habitude de prescrire le gargarisme gallo-tannique de Morell-Mackenzie ou des solutions astringentes. Il a fait grand nombre d'amygdalotomies chez l'enfant il n'a jamais eu d'hémorragies secondaires; il en est de même pour l'uvulotomie.

M. Heryng. — Des cas exceptionnels, mais pourtant signalés par des confrères distingués, prouvent, comme le fait de M. Noquet, que l'amygdalotomie peut causer des accidents graves et même la mort. J'ai observé un cas où, à cause de l'hypertrophie excessive de l'amygdale gauche, j'ai été forcé d'opérer avec l'anse galvano-caustique. L'opération a été faite lentement et, malgré ces précautions, il s'est produit le lendemain une hémorragie tellement abondante, que la vie du malade a été en danger et qu'il en est résulté une anémie très prononcée.

Cet accident, comme un examen microscopique me l'a prouvé, tenait à la présence d'une quantité considérable de vaisseaux sanguins béants dans les tissus hypertrophiés.

Ces hémorragies qui, d'après Lefferts et Solis-Cohen,

peuvent devenir mortelles, ont déterminé certains confrères à enlever les amygdales avec l'anse galvano-caustique, ou à les détruire à l'aide du galvano-cautère et du thermo-cautère.

Dans les hémorragies modérées qui paraissent après l'ablation des tonsilles, je ne conseille plus le gargarisme prolongé qui provoque les contractions du pharynx et empêche la formation des caillots, je prescris l'introduction de l'eau glacée dans l'arrière-bouche, mais en recommandant aux malades de ne pas faire de mouvements énergiques.

M. Menière a fait plus de cinq cents amygdalotomies et n'a jamais eu d'hémorragies sérieuses. Après l'opération, il badigeonne la plaie avec un pinceau imbibé de jus de citron; il obtient aussi de bons résultats de l'essence de térébenthine employée de la même façon.

M. Gellé, après un accident hémorragique grave arrivé à la suite de l'amygdalotomie faite avec la guillotine, a depuis longtemps cessé de la pratiquer. Il préfère, dans les cas légers et moyens, les cautérisations multiples si peu douloureuses faites au moyen du galvano-cautère et, dans les cas où la tumeur est volumineuse, il cautérise profondément avec le petit cautère Paquelin. Il n'a jamais eu d'accidents depuis lors.

M. Charazac. — En ce qui me concerne, je n'ai jamais eu d'hémorragie après l'amygdalotomie chez l'enfant, et, bien que l'on ne doive pas renoncer à une opération parce qu'elle donne des insuccès, j'avoue que si j'avais le moindre accident, mon enthousiasme serait singulièrement diminué.

Chez l'adulte, je détruis les amygdales, non pas au galvano-cautère, mais au thermo-cautère, et le procédé n'est pas très douloureux; il est fort bien supporté par le malade et l'on obtient en peu de temps la destruction de l'amygdale.

M. Noquet. — Actuellement, je détruis les amygdales de la façon suivante : je fais d'abord une application de cocaïne, puis avec un gros galvano-cautère je fais sur la tonsille des raies de feu horizontales et disposées parallèlement en étage.

J'attache, s'il le faut, les enfants sur une chaise avec trois courroies solides. En quelques séances, on parvient ainsi à réduire suffisamment les amygdales. Je n'ai jamais observé aucun accident consécutif et je crois cette méthode préférable à l'ablation avec l'anse galvanique, procédé qui ne met pas autant à l'abri des hémorragies.

M. Moure fait remarquer que l'usage du thermo-cautère n'est pas sans inconvénient; à la suite d'applications ignées, il survient parfois des phlegmons péri-amygdaliens ou retro-pharyngiens, accidents aussi graves que les hémorragies.

M. Schiffers. — Il faut toujours recommander au malade de prendre de la glace pendant les deux jours qui suivent l'opération ; de plus, le sujet doit être mis à la diète et ne doit pas avaler de sang ; autrement le sang ira bientôt s'accumuler dans l'estomac et ne tardera pas à produire des nausées, des vomiturititions qui par action mécanique auront souvent pour effet de favoriser l'ouverture de petits vaisseaux, et d'amener la chute des escharres consécutives. C'est là une des causes les plus fréquentes des hémorragies qui surviennent, un ou plusieurs jours après l'opération.

Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par cautérisation nasale et l'ablation de masses adénoïdes, par le Dr Ménière (de Paris) (1).

Abcès chaud de la cloison des fosses nasales, par le Dr Moure (de Bordeaux) (2).

Rôle de la corde du tympan dans la gustation, d'après quelques observations chez l'homme, par le Dr Boucheron (de Paris) (3).

(1) Voir page 401.
(2) Sera publié.
(3) Sera publié.

M. Noquet. — Chez deux malades atteints d'otite chronique suppurée et dont les perforations de la membrane tympanique étaient disposées de telle sorte que leur bord supérieur correspondait à la région où passe la corde du tympan, j'ai pu faire les constatations suivantes. Toutes les fois où, en enlevant le pus, je touchais le bord supérieur de la perforation avec le stylet porte-ouate, il se produisait une double sensation dans la moitié correspondante de la langue, au niveau du tiers antérieur et dans une zone qui, commençant au bord externe, s'arrêtait à une certaine distance du sillon médian. Les malades ressentaient un fourmillement assez prononcé et de plus une saveur particulière métallique que l'un d'eux, étudiant en médecine, comparait à celle que l'on éprouve quand on place sur la langue les deux réophores d'une pile.

Ces deux faits prouvent donc, d'une façon évidente, que la corde du tympan contient des filets tactiles et des filets gustatifs : Wilde, Bonnafont, Moos, de Trœllsch, Urbantschitsch ont du reste signalé des cas analogues.

Urbantschitsch rapporte, dans son *Traité des maladies de l'oreille* les résultats fournis par l'examen de cinquante malades atteints d'otite moyenne suppurée chronique.

Il a, dans ces cinquante cas, rencontré des troubles de la sensibilité gustative qui n'étaient pas seulement limités à la zone de distribution de la corde du tympan, mais qui s'étendaient à celle du glosso-pharyngien. La sensibilité gustative était diminuée ou abolie complètement dans la moitié correspondante de la langue, du voile du palais de la paroi postérieure du pharynx, et même quelquefois dans la muqueuse de la joue. Il est évident que dans ces cas la corde du tympan n'était pas seule lésée et que le plexus tympanique devait présenter certaines altérations. Enfin Urbantschitsch dit qu'ayant coupé la corde en pratiquant la ténotomie du muscle du marteau, il constata chez son opéré une abolition complète du goût qui dura six semaines.

Tous ces faits sont fort intéressants, mais ils ne peuvent, on le comprend, servir à élucider la question de l'angine des différents filets de la corde du tympan. Si j'en juge par mes

recherches bibliographiques, les expériences pratiquées jusqu'ici par les physiologistes n'ont pas été très concluantes. L'une souvent contredit l'autre, et il n'y pas lieu de s'en étonner si l'on songe aux difficultés que présentent ces sortes de recherches.

M. Boucheron explique que la sensation gustative nette que donne l'excitation du tympan n'est pas comparable aux sensations moins franches produites par l'excitation des divers nerfs sensoriels.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx, par le Dr L.-J.-A. Mègevand (1).

Ce Mémoire, couronné par la Faculté de Médecine de Genève, comprend deux parties. La première, subdivisée en trois chapitres, est consacrée à l'anatomie normale de la voûte du pharynx. L'auteur y décrit la cavité naso-pharyngienne, l'amygdale et la bourse pharyngienne avec tous les détails historiques et autres qui s'y rattachent.

Dans la deuxième partie, comprenant onze chapitres, sont étudiées certaines maladies de la voûte du pharynx : « celles, nous dit l'auteur, que nous avons pu observer nous-même directement et qui sont en outre celles que l'on peut rencontrer le plus fréquemment ». — Comme l'indique le titre du Mémoire, il s'agit surtout d'une étude anatomo-pathologique. — A ce propos, sont successivement passés en revue : le catarrhe aigu, le catarrhe chronique, l'hypersécrétion de la bourse pharyngienne, les ulcérations de la voûte et de la bourse, les kystes de la bourse, l'hypertrophie de l'amygdale, l'atrophie du tissu adénoïde. Chacun de ces chapitres est accompagné d'observations dont l'ensemble ne s'élève pas à moins de cent et se termine par l'exposition des résultats avec discussion. Enfin le onzième chapitre a pour objet l'étude des petites papilles que l'on retrouve sur la

(1) Genève, Imprimerie Rivera et Dubois, rue de Rive, 5, 1887.

paroi supérieure du pharynx chaque fois qu'il y a eu processus irritatif. C'est à plein droit que M. Mègevand réclame pour lui la priorité de cette étude, ainsi du reste que l'explication pathogénique suivant laquelle, d'après lui, ces papilles seraient la cause des petites hémorragies, ou le point de départ des petites tumeurs papillomateuses de cette région.

Signalons en terminant un Index bibliographique de six pages, fort complet, et deux planches très soigneusement gravées, comprenant chacune trois figures avec explications y annexées.

M. NATIER.

De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été,
par le Dr LEFLAIVE.

Dans une première forme de l'affection, ou variété oculo-nasale, on constate du larmoiement, des picotements aux yeux, un peu de rougeur des conjonctives, de la photophobie, et du prurit nasal, un écoulement très abondant aqueux d'abord, puis plus tard jaune épais de la pituitaire, et des éternuements survenant en série. Ces symptômes durent environ de quatre à six semaines.

Dans la seconde forme oculo-naso-thoracique, aux phénomènes précédents s'ajoute une dyspnée de type asthmatique, à exacerbations vespérales et nocturnes tout d'abord sans expectoration. Au bout de quelques jours la toux et les crachats se montrent. La durée semble un peu plus longue que dans l'autre forme.

Il existe des troubles urinaires qui portent sur la quantité de l'urine (diminution) et sur sa qualité; mais des recherches plus complètes sont nécessaires sur ce point.

La maladie est souvent héréditaire; elle paraît avoir une parenté étiologique très grande avec la goutte. C'est ainsi que s'explique sa fréquence dans la race anglo-saxonne et sa rareté extrême dans la population qui fréquente les hôpitaux. La cause déterminante est le retour de l'été qui agit par des influences météorologiques difficiles à déterminer et probablement complexes.

L'auteur, étudiant la pathogénie de l'affection, combat l'ori gine nasale de l'athsme d'été : « Notre opinion personnelle se

» base sur un nombre de cas relativement restreints; mais » parmi eux, rien ne nous autorise à penser qu'une lésion » nasale soit le point de départ de la maladie... Ce malheu- » reux tissu caverneux ou érectile encore discuté, ces lésions » variables parfois bien peu évidentes, on les a poursuivis par » le fer et le feu. Indistinctement dans les cas réguliers ou » irréguliers, passagers ou permanents, d'éternuements de » migraine, d'asthme, de rhino-bronchite annuelle, on a brûlé » d'une façon impitoyable les points incriminés de la muqueuse » nasale; on a même enlevé les cornets. Des chiffres d'opéra- » tions effrayants ont été publiés en Allemagne et surtout en » Amérique... Il ne paraît pas que ces tentatives aient été » bien couronnées de succès. »

Nous ne doutons pas que le Dr Leflaive ne modifie sa manière de voir, lorsque « son opinion pourra se baser sur un nombre de cas moins restreint » et lorsqu'il aura pu traiter quelques malades par la méthode nasale ; alors il reconnaîtra avec nous que la théorie de Hack, Bosworth, John Mackenzie mérite d'être prise en sérieuse considération. Sous la réserve de ces observations nous n'avons qu'à féliciter l'auteur de ce travail consciencieux bien présenté et assez complet au point de vue bibliographique. (*Thèse de Paris.*)

J. JOAL.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Considérations sur les paresthésies des premières voies aériennes par le Dr P. KOCK.

Les paresthésies diffèrent des hypéresthésies et des hypéralgésies. Elles sont spontanées pour ainsi dire, ou du moins émanent d'une cause soit interne soit externe, mais toujours minime, et quelquefois illusoire; elles sont l'expression de sensations intérieures extrordinaires hors ligne, souvent fantastiques; l'intensité et le caractère de ces sensations ne correspondent jamais aux lésions que l'on peut constater.

Elles sont aux premières voies aériennes ce que sont le pyrosis, la boulimie, la polyphagie à l'estomac.

Les paresthésies pharyngées et laryngées occupent le premier rang dans la série des névroses de la sensibilité, elles peuvent exister en dehors de toute lésion appréciable à l'œil, et ne se trouvent souvent en aucune proportion avec les symptômes subjectifs. Et, dans l'examen et l'interrogatoire des malades, il faut se souvenir que la muqueuse des premières voies aériennes n'est douée que d'une puissance de localisation peu développée; en règle générale, les malades ne désignent que vaguement le siège de leur affection, on ne peut s'y fier que quand ils désignent le côté droit ou le côté gauche, tandis que dans la direction verticale et surtout dans le sens de profondeur, leurs données ne sont pas sûres du tout. C'est ainsi qu'une douleur siégeant réellement dans le naso-pharynx est le plus souvent accusée dans les régions laryngienne ou trachéale.

L'auteur rapporte ensuite plusieurs faits de paresthésies : une dame croyant avoir été empoisonnée, et ayant dans la bouche le goût permanent de soufre et de phosphore; deux femmes soutenant avoir avalé leurs dentiers; deux cas de toux croupale; il raconte l'histoire de personnes étant venues le voir pour se faire enlever une aiguille, un cheveu, un grain d'avoine dans la gorge, et qui étaient simplement atteintes de pharyngite granuleuse.

L'étude des paresthésies montre que, chez les personnes hystériques et chez les névrosthéniques, elles se manifestent sous la forme aiguë, tandis que, chez les hypocondriaques, elles apparaissent sous la forme chronique. Chez ces derniers, elles constituent la sensation et souvent l'exagération d'un phénomène physiologique lequel, chez des personnes saines, ne parvient pas à leur connaissance.

Les paresthésies laryngiennes et pharyngiennes dépendent souvent d'un état pathologique d'organes éloignés; la névrose cesse avec la guérison de ces troubles éloignés, preuve qu'il existait une connexion causale entre les deux affections; des faits de ce genre s'observent fréquemment dans les clini-

ques de gynécologie; l'hypertrophie des glandes de la base de la langue peut occasionner de la douleur, de l'aphonie, de la toux, de la dyspnée laryngée.

Les paresthésies sont plus ou moins intermittentes : elles cessent, elles augmentent, elles changent de place et même de qualité sous l'influence d'une émotion subite, elles disparaissent complètement ou bien elles changent de caractère pendant un repas et les premières heures après. Le chatouillement continuel et fatigant de la phtisie laryngée est en partie de nature paresthésique ; il diminue pendant le repas.

Le traitement des paresthésies doit surtout s'adresser au moral des malades, il faut avoir l'air de s'occuper d'eux, ne pas trop les contredire, et instituer localement un traitement inoffensif. (*Annales de l'oreille*, nov. 1887.) J. JOAL.

Préoccupations hypocondriaques localisées sur la langue
par le Prof. PITRES, de Bordeaux.

A la suite de la communication de M. Verneuil sur les lésions imaginaires de la langue, M. Laborde a fait remarquer que les malades de ce genre sont des hypocondriaques délirants. L'auteur publie une observation qui appartient au groupe indiqué par M. Laborde.

Il s'agit d'une dame, âgée de cinquante-deux ans, se plaignant d'une affection de la langue qui la faisait cruellement souffrir. A l'en croire, sa langue était noire, épaisse, enflée, dure, fendillée, couverte d'enduits fétides.

L'examen le plus attentif ne révélait absolument aucune altération de cet organe, mais un extrait d'une lettre de *vingt-quatre* pages, reçu le lendemain de la consultation, donne une idée de la véritable nature délirante de la maladie.

L'auteur se demande : quelle est la part des sensations réelles dans la production des maladies dites imaginaires des hypocondriaques. (*Tribune médicale*, 16 oct. 1887.)

LACOARRET.

Ulcérations imaginaires de la langue, par le Dr POYET.

L'auteur reconnaît, avec Fournier et Labbé, que les faits rapportés par M. Verneuil à la séance de l'Académie du

27 septembre sont moins rares qu'on pourrait le croire.

Il divise en quatre catégories les malades atteints de cette affection imaginaire :

1° Ceux qui sont atteints de névralgies linguales;

2° Ceux qui, après un examen minutieux de la partie visible de leur langue, y aperçoivent une ou plusieurs papilles volumineuses et qui, par suite de manœuvres intempestives, finissent par rendre ces papilles douloureuses ;

3° Ceux qui sont atteints d'hypocondrie nosomaniaque;

4° Ceux qui, atteints de leucoplasie linguale, souffrent de leur langue, sans que, pour cela, elle soit ulcérée.

L'auteur signale encore certaines douleurs passagères, spéciales à la langue, et revêtant quelquefois la forme fulgurante, les contusions de l'organe pendant le sommeil, les froissements du frein lingual pendant un examen laryngoscopique qui donnent aussi lieu aux sensations d'ulcération.

Comme médication, le traitement moral doit tout primer.

Pour les malades de la première catégorie : bains de bouche émollients, badigeonnage de cocaïne, pastilles de cocaïne et d'aconit, peut-être injections intra-parenchymateuses de morphine ou d'antipyrine.

Pour ceux de la seconde : s'abstenir de tout moyen violent; à peine quelques badigeonnages d'iode pour rassurer le malade.

Chez les hyponcondriaques : cautérisations ponctuées légères, destinées à réagir sur leur imagination.

Enfin, chez les leucoplasiques : émollients, anti-arthritiques. (*Journal des connaissances méd.*, 20 octobre 1887.)

LACOARRET.

De la desquamation épithéliale de la langue chez les enfants, par le Dr Louis GUINON, interne des hôpitaux.

La desquamation épithéliale de la langue chez les enfants, étudiée sous divers noms tant en France qu'à l'étranger, a été considérée par Parrot comme une manifestation de la syphilis héréditaire. L'auteur s'est appliqué à contrôler l'étiologie syphilitique de cette affection.

Il étudie d'abord la *glossite exfoliatrice marginée*, il en donne les symptômes, décrit ses différents stades : épaississement épithélial, liseré, plaque de desquamation, état des papilles, marche et durée. La guérison résulte souvent, d'après plusieurs observations, d'une maladie aiguë, fébrile intercurrente.

Des examens histologiques auxquels l'auteur s'est livré il ressort que l'inflammation est purement épithéliale, la turgescence du derme au voisinage du liseré n'est due qu'à sa dénudation partielle. Quant à la desquamation, elle se forme par la chute du liseré.

Les statistiques que présente M. Guinon démontrent qu'après l'âge de six ans l'affection disparaît. Les cas sont rares au delà de cet âge.

Comme cause étiologique, l'hérédité, le mauvais état général ne paraissent pas avoir une grande influence sur son développement. Une seule cause vraisemblable : c'est la dentition. Quant à la syphilis, toujours d'après les statistiques, son action est bien incertaine. Le traitement spécifique n'a aucune action sur la maladie. La marche des syphilides n'est d'ailleurs pas la même.

La théorie nerveuse (Unna), la théorie du parasitisme (Gubler) ne paraissent pas non plus devoir être acceptées.

L'auteur rapporte ensuite une seconde forme de l'affection, *la desquamation à découpures nettes*, forme décrite par Gautier. Cette variété paraît être en rapport avec des troubles digestifs, mais elle est indépendante de la syphilis. Une observation très complète de M. Cayla le démontre absolument.

Un troisième type de desquamation rencontré par M. Guinon n'est signalé dans aucun ouvrage. Il s'agit ici d'un simple amincissement épithélial, sans limites nettes, sans bords saillants ; la muqueuse diminue progressivement de hauteur jusqu'au centre de la plaque; celle-ci est unique et occupe la ligne médiane de la face dorsale, allongée d'avant en arrière ; elle peut siéger sur toute la longueur.

Quand elle disparaît, l'épithélium se reforme de la périphérie au centre, ou bien de la base à la pointe.

Ces deux dernières variétés ne peuvent être confondues avec aucune autre lésion. Les érosions de l'aphthe, les stomatites ulcéro-membraneuses rubéoliques sont plus profondes, irrégulières, recouvertes d'un enduit grisâtre et enfin douloureuses.

Le pronostic de ces trois formes est bénin.

Elles méritent à peine qu'on les traite. Elles guérissent sûrement avec l'âge. (*Journ. des connaissances méd.*, 1er, 8 et 15 décembre 1887.) L. LACOARRET.

Stomatite aphtheuse entretenue par des cautérisations au nitrate d'argent. — Grenouillette parotidienne aiguë, par le Dr J. ERAUD, chef de Clinique.

Il s'agit d'un homme atteint depuis trois ans sans cause déterminée d'une stomatite aphtheuse, entretenue par des cautérisations trop fréquentes et trop profondes au nitrate d'argent. Il existait entre autres, à droite, une ulcération jugale au centre de laquelle on retrouvait l'orifice du canal de Sténon.

Le lendemain de son entrée à l'hôpital le malade, au moment du repas, vit se développer tout à coup sans gêne, sans douleur et sans changement de coloration de la peau, une tumeur du volume d'une orange, arrondie, molle, fluctuante et peu mobile.

La pression faisait sourdre un peu de salive par l'orifice du canal de Sténon, qui n'était pas dilaté. Pas de calcul salivaire. Deux heures après le repas la tumeur avait complètement disparu et ne s'est pas reproduite.

On se trouvait évidemment en présence d'une *grenouillette parotidienne aiguë*, fait rare, et due à la contraction spasmodique du canal de Sténon. Ce spasme s'était produit soit sous l'influence de la mastication, soit par suite du contact irritant des parcelles alimentaires.

Quant au siège de la tumeur, il est probable, étant donnés les caractères de celle-ci, que les grands et les petits canaux avaient été simultanément intéressés. (*La Province Médicale*, 15 octobre 1887.) L. LACOARRET.

Du noma, par le professeur GRANCHER.

A l'occasion de deux cas de noma qui se trouvent dans son service, M. le professeur Grancher fait l'étude de cette rare affection. Il rapporte l'histoire clinique de ses deux malades et indique la marche habituelle de la maladie. L'étiologie en est obscure ; on s'accorde à reconnaître l'influence de la débilité et du mauvais état général. Rilliet et Barthez ont trouvé les veines et les artères oblitérées. Peut-être existat-il des lésions nerveuses?

La débilité générale, due à la rougeole, la débilité locale, due à la compression par le décubitus, préparent le terrain sur lequel viendra se développer soit un micro-organisme venu du dehors, soit un micro-organisme de la salive. Quant à la nature de ce micro-organisme, quant à sa spécificité ou à sa non-spécificité, elle n'est pas connue.

Le terrain cependant joue un rôle absolument prépondérant dans la pathogénie du noma. Aussi le traitement se résume-t-il en trois mots : alimentation, aération, propreté. (*Journal des connaissances médicales*, 27 octobre et 3 novembre 1887.)

LACOARRET.

De l'angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde,
par le Dr CADET de GASSICOURT.

Trois faits observés dans ces derniers temps montrent que l'angine pultacée au début de la fièvre typhoïde peut présenter trois aspects différents et également trompeurs :

1° Un petit garçon de sept ans entre à l'hôpital avec une fièvre modérée; il avalait avec difficulté ; sur chaque amygdale on voyait deux ou trois petits points blancs reposant sur un fond rosé; le diagnostic angine herpétique fut posé; bientôt il fallut reconnaître qu'on avait affaire à une fièvre typhoïde ;

2° Une fillette de dix ans présente tous les signes d'une angine violente : rougeur des amygdales, des piliers antérieurs, du voile du palais, et toutes ces parties sont recouvertes d'un enduit pultacé abondant, étendu, épais. Tuméfaction des ganglions, face vultueuse ; température 40° le soir, et 39°6

le matin; pouls à 104; comme en outre les renseignements semblent indiquer l'existence d'un début brusque, le diagnostic qui vient à l'esprit est celui de scarlatine. Il s'agit au contraire d'une fièvre typhoïde.

3° Dans le pavillon des diphtéritiques, un garçon de douze ans s'agite dans son lit avec force, il paraît en proie à un violent délire. Peau chaude, pouls rapide, température 40°5 le soir, et 39°8 le matin; face rouge, tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, amygdales rouges et volumineuses, recouvertes d'un enduit blanc, jaunâtre, très épais, qui s'étend sur le voile du palais tuméfié et enflammé; l'interne avait cru à une angine diphtéritique; Cadet de Gassicourt pense à la possibilité d'une fièvre typhoïde dont les symptômes ne tardent pas à s'accentuer.

Ces trois faits montrent les difficultés de diagnostic que peut faire naître l'angine pultacée lorsqu'elle se montre comme symptôme initial de la fièvre typhoïde. (*Journal Médecine, Paris*, 5 fév. 1887.) J. Joal.

Observations sur la pathologie des glandes salivaires, par A. Broca.

Les fistules de la parotide et du canal de Stenon sont, d'après Chrétien (article parotide, *Diction. encyclopéd.*, de Dechambre), rarement consécutives aux ulcérations du cancroïde, de la strume ou de la syphilis; aussi Broca croit-il devoir publier un fait où la fistule du canal de Sténon ou de la parotide accessoire était due à une ulcération scrofuleuse de la face.

Puis il publie une deuxième observation, celle d'un malade ayant un calcul salivaire du canal de Wharton, calcul qui n'était pas révélé par le cathétérisme.

Enfin un troisième fait, trouvé dans les cartons de Broca père, est relatif à un phlegmon sublingual intense avec œdème et suffocation. Tout cela provenait du calcul qui était sorti par ulcération soit de la glande sous-maxillaire, soit de son canal excréteur; calcul qui apparut à travers l'incision très

postérieure, faite dans le plancher de la bouche pour évacuer le pus. (*Archives de laryngologie*, déc. 1887.) J. JOAL.

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, par M. RECLUS.

Il s'agit d'un homme âgé de trente ans, présentant une tumeur du plancher de la bouche, dont le début remontait à trois ans. Cette tumeur faisait saillie à la région sus-hyoïdienne. Grosse d'abord comme une petite bille, elle offrait, au moment de l'examen, la dimension du poing d'un adulte. Souple, lisse, fluctuante pendant longtemps, elle était devenue depuis peu douloureuse et avait augmenté rapidement de volume. La déglutition était dès lors impossible.

Le diagnostic avait été fait au début de l'affection à la suite d'une simple incision. M. Reclus pratiqua l'extirpation du kyste par la voie sus-hyoïdienne. La tumeur tenait par un petit pédicule à la face postérieure du maxillaire inférieur, au dessus des apophyses génitales.

Le cas de ce malade diffère des observations connues par plusieurs points : 1° par l'âge ; 2° par le volume de la tumeur ; 3° par sa fluctuation très remarquable. (*Gazette des hôpitaux*, 3 nov. 1887.) LACOARRET.

De l'épithéliome labial, lingual et jugal chez la femme, par le Dr ROCHET.

L'auteur cite trois observations d'épithéliome labial, lingual et jugal, qui lui fournissent l'occasion de cette étude.

D'après les statistiques de Heurtaux, Poulet et Bousquet, Lortet, etc., il résulte que l'épithéliome labial est rare chez la femme, que chez elle la proportion du cancer de la lèvre supérieure par rapport à celui de la lèvre inférieure est de 1 à 3, tandis que chez l'homme elle n'est plus que de 1 pour 24. Si on s'en rapporte aux observations rassemblées par l'auteur, ces différences sont encore plus accusées.

La récidive est fréquente après l'opération, mais souvent tardive. La marche de l'affection paraît bénigne comparée à ce qu'on observe chez l'homme. Peut-être le cancroïde de la femme bénéficie-t-il de son siège à la lèvre supérieure.

Le cancer de la langue paraît aussi chez elle moins fréquent que celui de la lèvre, mais il comporte le même pronostic que chez l'homme. Sa marche est rapide, l'engorgement ganglionnaire précoce, les récidives presque fatales.

Les auteurs sont presque muets sur l'épithéliome de la muqueuse jugale. D'après Poulet et Bousquet, Kirmisson, il est beaucoup plus grave quand il débute par la face interne des joues. Presque toujours le néoplasme commence par la face externe et n'envahit que secondairement la muqueuse. Le cancer jugal soit interne, soit externe n'est pas commun. Il est plus rare chez la femme que chez l'homme d'après les statistiques de Heurtaux confirmées par les observations de l'auteur.

Les deux facteurs les plus importants de la pathogénie du cancroïde sont l'hérédité et l'âge. Les théories basées sur l'irritation chronique de la muqueuse buccale plus fréquente chez l'homme sont trop exclusives, et il est plus rationnel de tenir compte de la tendance qu'a l'épithéliome chez la femme à se localiser dans la mamelle et dans l'appareil génital. (*La Province Médicale*, nº du 21 mai 1887.) LACOARRET.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Les névropathies réflexes d'origine nasale,

par M. le Dr Albert RUAULT.

L'auteur commence par exposer l'état de la question, puis il passe en revue les diverses névropathies qui peuvent avoir une lésion nasale pour cause déterminante; il indique les auteurs qui les ont surtout observées.

C'est ainsi qu'il note les accès d'éternûment, le spasme glottique, la toux nasale, la fièvre des foins, les paresthésies et hyperesthésies du pharynx, de l'œsophage, du larynx, les gastralgies, vertiges, etc., etc.

M. Ruault fait remarquer que ce sont surtout les affections chroniques, en apparence très bénignes, qui donnent lieu à ces troubles : la rhinite atrophique avec rétention des sécrétions, le catarrhe nasal chronique simple, mais surtout la rhinite chronique hypertrophique. L'auteur examine à ce pro-

pos les divers états pathologiques que comprend le terme de rhinite hypertrophique. Enfin, en l'absence de lésions nasales, on a pu incriminer l'état pathologique de la cavité naso-pharyngienne.

Le point de départ des réflexes paraît être dans les terminaisons des nerfs sensibles de la muqueuse. Quant à leur siège, en présence de la divergence d'opinions des auteurs, il est rationnel d'admettre qu'il peut se trouver dans tous les points de la muqueuse nasale. Les causes d'irritation qui font naître ces réflexes sont variables : irritation directe mécanique, inflammatoire, psychique, etc. Ces phénomènes cependant s'observent de préférence chez des sujets prédisposés.

Après avoir longuement insisté sur la façon dont doit être fait l'examen rhinoscopique pour arriver au diagnostic de la lésion nasale, M. Ruault fait observer qu'on doit rechercher si cette lésion est la cause réelle des accidents.

Il faut s'informer si les phénomènes réflexes s'accompagnent de quelques symptômes concomitants du côté du nez ; il convient encore de chercher à provoquer la névrose par une irritation légère de la membrane de Schneider et ensuite d'essayer d'enrayer l'accès provoqué ou spontané par une anesthésie locale bien faite de la muqueuse. On devra encore se méfier des guérisons trop rapides, qui sont le propre de l'hystérie.

Le pronostic est le plus souvent favorable, si ce n'est dans les cas d'asthme durant depuis longtemps.

Quant au traitement, il est variable, selon les lésions nasales. (*Gazette des Hôpitaux*, du 10 décembre 1887.)

LACOARRET.

Des rapports des maladies des yeux avec les affections nasales *(Ueber die Beziehungen von Augenerkrankungen zu Nasenaffectionen)*, par le Dr ROTHHOLZ (de Stettin).

L'histoire des rapports des affections des yeux avec celles du nez a été peu étudiée, et les livres classiques d'oculistique contiennent à peine une indication sur l'importance de l'examen du nez dans le traitement d'un grand nombre de maladies

des yeux. Les quelques communications qui ont été faites sur ce sujet émanent presque toutes de rhinologistes.

Ces rapports sont pourtant si intimes qu'ils se produisent à chaque instant. Une irritation de l'œil produit chez beaucoup de personnes une rhinorrhée très intense qui n'est pas due uniquement au passage des larmes, mais à une hyperémie nasale instantanée ; il en est de même de l'irritation du nez, par le passage de la sonde, par exemple, qui détermine immédiatement un flux de larmes.

Dans les ophtalmies scrofuleuses des enfants, quelle qu'en soit la forme, qu'elles soient aiguës ou chroniques, on trouve presque toujours les fosses nasales participant à l'inflammation ; il s'y fait une sécrétion de nature variable, le passage de l'air est entravé, les corps caverneux des cornets sont tuméfiés, etc.

Dans ce cas la répétition des rhinites entraîne les rechutes d'ophtalmie, et, comme confirmation de l'importance de ces relations, c'est qu'on ne tarde pas à se rendre maître de l'affection oculaire dès qu'on a appliqué à la maladie nasale concomitante un traitement approprié.

Dans l'ozène, on observe souvent de la conjonctivite chronique avec léger écartement de la paupière inférieure, etc., qui ne s'améliore que lorsqu'on traite concurremment la maladie nasale. C'est aussi un fait observé (Nieden) que dans le cas d'ozène les blessures de la cornée ont une tendance à donner du pus.

La rhinite chronique hypertrophique simple n'exerce que rarement de l'influence sur les maladies oculaires, mais il n'en est pas de même des maladies de voies lacrymales qui exigent un examen précis de la cavité nasale et, le cas échéant, un traitement approprié.

L'auteur s'abstient d'hypothèses sur la cause de ces relations entre les deux organes ; il rappelle seulement les connexions intimes qui existent entre eux tant au point de vue de la circulation qu'à celui de l'innervation et de l'excrétion lacrymale. (*Deutsche med. Wochensch.*, 1887, n° 52.)

Dr Wagnier

Syphilide acnéïque du nez, par M. Horand, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille.

L'auteur fournit deux observations qui donnent une idée de la syphilis acnéïque du nez. Cet accident syphilitique siège sur la surface externe du nez, de préférence au niveau des ailes et du lobule; il envahit parfois la lèvre supérieure, mais respecte la muqueuse, les cartilages et les os.

A la période d'état on trouve des pustules d'un volume variable et à différents stades de leur évolution. Les unes renferment du pus, les autres sont recouvertes d'une croûte noirâtre. Elles restent tantôt isolées, tantôt elles se réunissent, se rompent et forment des ulcérations arrondies, à bords réguliers, à fond creusé et grisâtre.

Les pustules disposées sans ordre reposent sur une peau d'un rouge sombre, épaissie, parsemée de cicatrices rosées ou blanches rappelant celles de la variole. Pas de douleurs, pas non plus de ganglions.

Au début on remarque une rougeur limitée à la peau, rougeur qui s'étend à mesure qu'apparaissent les pustules. L'évolution a lieu par poussées, lentement, sans tendance à la guérison. Ces accidents existent seuls ou sont associés à d'autres manifestations de la syphilis.

Cette affection paraît rare, un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Elle constitue un accident tardif, elle n'indique pas une syphilide grave, mais elle est favorisée par l'absence de traitement au moment de l'accident primitif et surtout par l'alcoolisme. Les malades continuent à jouir d'une bonne santé.

L'auteur fait ensuite le diagnostic différentiel de cette lésion avec les maladies cutanées de cette région qui pourraient en imposer : acné rosacea, acné indurata, impétigo, lupus, cancroïde.

Le traitement général s'adresse à la syphilis. Le traitement local comprend au début les cataplasmes, puis soit du cérat au calomel, soit du cold-cream à l'oxyde de zinc. Enfin pour régulariser les cicatrices on emploiera la teinture d'iode. On donnera quelques purgatifs.

La durée du traitement ne dépasse pas ordinairement deux mois. (*Lyon médical*, 16 octobre 1887). L. Lacoarret.

Chancre extra-génital siégeant à la racine du nez. — Coryza spécifique. — Syphilides génitales papulo-érosives, par M. Emile Laurent, interne à l'Infirmerie centrale des prisons de Paris.

L'auteur rapporte l'observation d'un homme de vingt-trois ans qui, six semaines avant son entrée en prison, présentait un bouton siégeant à la racine du nez. Ce bouton s'ulcéra et la plaie suppura plusieurs semaines. La cicatrisation s'est faite depuis une quinzaine de jours. La cicatrice en est arrondie, d'un rouge assez vif, à bords un peu saillants, de la grandeur d'une pièce de 50 centimes.

Deux mois après le début de cet accident, cet homme attirait l'attention sur des ulcérations nombreuses disséminées sur la peau des bourses, les parties adjacentes de la peau des cuisses, ainsi que sur le gland et dans le sillon balano-préputial. Ces lésions présentaient tous les caractères de syphilides papulo-érosives et de plaques muqueuses cutanées. A l'anus, plaques muqueuses superficielles.

Dans les plis inguinaux, il existe une adénopathie appréciable, mais à peu près symétrique. On ne trouve pas la pléïade ganglionnaire chancreuse. Du reste, ni sur le gland, ni à l'anus, on ne trouve la trace de l'accident primitif.

Pas de traces de roséole, ni d'autre élément éruptif. A la commissure labiale droite, une petite cicatrice opalescente. Sur l'amygdale droite, on voit une plaque muqueuse. Quelques croûtelles dans les cheveux.

Les ganglions sous-occipitaux, sous-maxillaires, ceux de l'angle de la mâchoire, à gauche, sont gros.

MM. Variot et Th. Anger n'hésitèrent pas à reconnaître dans la cicatrice de la racine du nez la marque d'un chancre extra-génital.

Depuis trois semaines, le malade se plaint d'un coryza très intense. Rien, dans ses antécédents, ne peut faire penser à un coryza chronique. Il n'a pas pris d'iodure de potassium. (*Gazette médicale*, 17 décembre 1887.) Lacoarret.

Des injections de jus de citron dans les épistaxis,
par le Dr Geneuil.

Après avoir employé tous les moyens thérapeutiques destinés à combattre les épistaxis, M. le Dr Geneuil a eu l'idée de se servir du jus de citron. Il est parvenu ainsi à arrêter les hémorragies nasales les plus rebelles, même après douze ou quinze heures d'insuccès avec tous les hémostatiques connus. Voici sa façon d'agir : à l'aide d'une seringue en verre à injections uréthrales, il lave au préalable à l'eau fraîche la narine saignante pour la débarrasser des caillots; il injecte immédiatement après une pleine seringue de jus de citron fraîchement exprimé. Au bout d'une où deux minutes le sang cesse de couler, sinon, nouvelle injection; mais habituellement une seule suffit.

Le Dr Geneuil n'attribue pas l'action du suc à l'acide citrique. Il s'est servi par deux fois d'une solution concentrée d'acide citrique sans obtenir de résultat. D'après lui, les propriétés hémostatiques du jus de citron seraient dues à l'ensemble des substances qu'il renferme. (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 nov. 1887.) Lacoarret.

De l'eau naptholée dans l'ozène et les rhinites purulentes,
par A. Ruault.

L'auteur emploie avec avantage pour les irrigations nasales dans l'ozène et aussi dans les diverses rhinites purulentes le liquide suivant :

Napthol B....	12 grammes.
Alcool à 90°	84 »

Une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède.

L'irrigation prolongée produit une sensation de cuisson assez désagréable mais qui n'est que passagère. Chez les sujets intolérants, on peut se servir d'une solution moitié moins forte, et faire au préalable des pulvérisations cocaïnées dans le nez. (*Arch. de laryngologie*, déc. 1887.) J. Joal.

Polypes en grappes de la fosse nasale droite faisant saillie dans le naso-pharynx. Céphalalgies, douleurs névralgiques, irritabilité nerveuse excessive. Extirpation de la tumeur par les voies naturelles. Guérison, par A. JALAGUIER et A. RUAULT.

Le titre de l'article indique les points intéressants de cette observation; il faut aussi noter la disposition de la tumeur dont le pédicule unique supportait des masses distinctes constituant ainsi la forme en grappe du polype. L'examen histologique a en outre montré qu'il ne s'agissait pas d'un myxome ou d'un fibro-myxome, mais bien d'un épithélioma kystique à cellules cylindriques. (*Archives de laryngologie*, décembre 1887.) J. JOAL.

De l'allaitement par le nez. De son utilisation dans la pratique, par le Dr R. SAINT-PHILIPPE.

L'auteur se propose d'appeler l'attention sur un mode d'allaitement connu, mais peu vulgarisé, l'allaitement par le nez. Ce procédé trouvera son application chaque fois que la succion est rendue impossible. Il est simple et facile à employer. L'enfant étant tenu horizontalement, on verse alternativement dans l'une et l'autre narine le lait contenu dans une cuiller à café. La déglutition est régulière quoique renversée. Quant à la respiration, elle est tantôt suspendue, tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, elle continue comme à l'état physiologique.

L'auteur cite l'observation d'un enfant venu à sept mois qui ne peut pas téter. Nourri pendant quinze jours à la cuiller, il s'affaiblit tellement que, craignant une issue funeste, l'allaitement par le nez est conseillé comme ressource ultime. Après un mois de soins continus, l'enfant prend le sein et est dès lors hors d'affaire.

Le gavage donne bien les plus brillants résultats, mais à condition d'être mis en œuvre par des mains expérimentées. Son application, aisée dans les maternités et les hôpitaux, est le plus souvent impossible dans la pratique civile. Dans ce cas, l'allaitement par le nez, qui demande surtout de la patience, aura le plus de chances de réussir.

L. LACOARRET.

DIPHTÉRIE

Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie, par le Dr J. Simon. (Leçon recueillie par les Drs Carron et Mergier, revue par le Dr Simon.)

Diagnostic et pronostic de la diphtérie. — L'existence de la diphtérie ne saurait être véritablement affirmée que lorsqu'on se trouve en présence d'une fausse membrane évidente avec tous ses caractères pathognomoniques. Le diagnostic est surtout difficile quand la diphtérie reste localisée. D'autres fois la couenne est méconnue et seule la paralysie ou l'albuminurie révélerait l'existence de la diphtérie.

On peut admettre avec Trousseau qu'il existe en clinique trois types de diphtérie parfaitement définis. Elle peut être localisée, infectieuse ou toxique.

La diphtérie est-elle localisée, elle devient difficile à reconnaître quand il n'existe qu'un ou deux petits points blanchâtres, à formes très diverses. On peut alors aisément la confondre avec le muguet, les produits pultacés ou herpétiques. Aussi devra-t-on être réservé dans son diagnostic et attendre pour se prononcer. La présence d'une petite tache blanche sur la luette ou sur le voile du palais est d'une grande valeur diagnostique. Une des difficultés du diagnostic de la diphtérie localisée tient encore à la diversité des sièges qu'elle peut occuper. Dans le doute, on devra traiter les plaques comme si elles étaient d'origine diphtéritique.

L'*angine infectieuse* revêt une rapidité d'allures et des symptômes qui lui sont propres; l'état général trahit l'empoisonnement de l'organisme.

Dans la *diphtérie toxique,* l'état général domine la scène, et la mort survient au bout de deux ou trois jours.

Souvent, dans le cours de certaines maladies infectieuses, scarlatine et fièvre typhoïde, par exemple, on pourra avoir affaire à des angines graves et fort difficiles à différencier de l'angine diphtéritique.

Le croup d'emblée ne laisse pas que d'offrir beaucoup d'analogie avec la laryngite inflammatoire intense ou avec la laryngite striduleuse; il existe cependant des signes assez connus qui aideront au diagnostic.

Relativement au pronostic, on peut dire qu'il est variable suivant la forme de la diphtérie, les complications qui peuvent ne pas se produire et l'âge du sujet. La diphtérie locale comporte en moyenne moitié de guérisons. La diphtérie infectieuse guérit une fois sur dix; les complications pulmonaires sont les plus redoutables. Les chances de guérison ne deviendraient sérieuses qu'à partir de trois à quatre ans. Le pronostic est absolument dominé par le plus ou moins de résistance que l'enfant oppose à l'alimentation.

Traitement de la diphtérie. — Localement, M. J. Simon a recours à trois moyens : les badigeonnages, les irrigations et les gargarismes. Mais, à côté des médicaments, et simultanément, il faut employer les moyens hygiéniques. Relever, par un régime tonique, les forces du malade; maintenir, à une température égale et constante, la chambre dans laquelle il est couché. Mais que si le mal n'a pu être enrayé, on devra d'abord faire vomir l'enfant et se tenir ensuite prêt à pratiquer la trachéotomie dès que l'urgence en sera démontrée.

Ici l'auteur discute les indications de la trachéotomie, ses chances de succès; il décrit tout au long le manuel opératoire et termine par les soins à donner au malade après la trachéotomie et la façon dont il faudra s'y prendre pour arriver à enlever définitivement la canule. (*Progrès médical*, nº 23, p. 455; nº 25, p. 497, et nº 26, p. 519, juin 1887.)

M. NATIER.

Contribution au traitement de la diphtérie, par le Dr G. GUELPA.

L'auteur emploie contre la diphtérie les injections d'une solution de perchlorure de fer. Il est convaincu cependant que d'autres liquides, comme l'eau boriquée, l'eau phéniquée, l'eau de chaux, etc., peuvent donner les mêmes résultats, car l'action thérapeutique du médicament qui entre dans la solution doit être bien secondaire. Ce qui constitue la base du traitement dans la méthode nouvelle que propose M. Guelpa, c'est le lavage, l'irrigation, le plus fréquemment possible, des surfaces atteintes.

Plusieurs observations viennent confirmer les résultats heureux de cette médication.

Voici d'ailleurs les conclusions dont l'auteur fait suivre son travail :

1° Dans le traitement de la diphtérite, les cautérisations sont souvent nuisibles et peut-être jamais avantageuses; il faut donc éviter régulièrement toute cautérisation des fausses membranes;

2° Les injections avec la solution de perchlorure de fer à 5-10 0/0 constituent le traitement qui a donné le meilleur résultat. Ces injections doivent être faites le plus tôt possible et tous les quarts d'heure le jour, et toutes les demi-heures la nuit, ou plus rarement, suivant la gravité des cas. Il est nécessaire de les faire *larga manu* avec une poire en caoutchouc ou avec un clysoir quelconque. A moins de cas très légers, il faut que ces irrigations, en même temps que dans la gorge, soient faites aussi dans le nez et qu'elles soient complètes, c'est-à-dire que l'eau qui entre par une narine sorte par l'autre et par la bouche;

3° Pendant le traitement, le malade sera tenu, si c'est possible, à la diète lactée;

4° Si des accidents secondaires, tels que fièvre vive, constipation, etc., se présentaient, ne pas les négliger, et appliquer immédiatement la médication voulue;

5° Les injections sont les meilleurs préservatifs contre la contagion de cette maladie;

6° A moins d'exceptions rares (1 sur 200) elles empêchent que la maladie s'étende aux régions voisines;

7° Ce traitement est facile, soit pour le malade soit pour le médecin et les gardes-malades;

8° Dans des cas particuliers, ce traitement peut être complété par d'autres procédés, ceux par exemple de MM. les docteurs Delthil, Geoffroy, etc.;

9° Il est le moins coûteux;

10° Il est d'une exécution facile et sans danger dans le cas où il serait administré maladroitement;

11° Il est en même temps un bon traitement dans les an-

gines catarrhales, herpétiques et ulcéreuses, par conséquent, doublement recommandable dans les cas assez fréquents de diagnostic douteux. (*Bulletin général de thérapeutique*, n° du 1er, 15 et 30 octobre 1887.) LACOARRET.

Traitement de la diphtérie par les douches phénolées
par le Dr ROULIN.

Depuis 1880 Roulin traite l'angine diphtéritique par la méthode suivante appartenant à Bouchut.

Il fait dans la gorge des enfants des injections au phénol qui doivent être renouvelées toutes les heures jour et nuit.

Le liquide a la composition :

Phénol iodé................	3 cuillerées.
Eau......................	1 litre.

Le liquide est projeté dans la gorge à l'aide d'une poire en caoutchouc, l'enfant étant assis sur son lit.

Le liquide phénolé peut être employé sous forme de gargarisme ou de badigeonnage suivant l'âge du malade et la commodité des circonstances; l'emploi en douches ou injections n'est pas indispensable pour donner de bons résultats.

Le Dr Roulin publie une statistique de 79 cas d'angine diphtéritique traités par cette méthode et suivis tous de guérison.

Avec ce traitement la durée nécessaire à la guérison est en moyenne de cinq jours; les injections, gargarismes, badigeonnages phénolés, réussissent à toutes les périodes de la maladie; plus vite elles sont employées, et plus on a de chance d'éviter la complication laryngée; sur 82 cas il n'y a eu que trois malades atteints de croup. (*Journal Médecine*, 27 janvier 1887.) J. JOAL.

Tubage du larynx dans le croup, par le Dr LUBET-BARBON.

Après un court historique de la question où M. Lubet-Barbon établit que Desault, Bichat, Guersant, Bouchut avaient autrefois placé des tubes dans le larynx, nous arrivons aux indications du tubage.

Les deux opérations, tubage et trachéotomie, s'adressent au même symptôme, l'asphyxie par un obstacle placé sur le passage de l'air. Le but est donc identique; aussi est-il permis de rechercher si dans certaines circonstances le tubage peut prévenir la trachéotomie et la rendre inutile.

Dans les cas de diphtérie grave, dans ceux où la trachéotomie donne presque toujours des résultats déplorables et où on redoute de la pratiquer, on peut essayer l'intubation. Dans le croup secondaire aux maladies générales, à la rougeole, l'opération sanglante peut être remplacée par le tubage qui ne débilite pas autant les sujets. Dans les cas légers on devra tenter le tubage; on gagne ainsi du temps, etc.

Mais c'est surtout chez les jeunes enfants que le tubage doit être conseillé; avant deux ans, les résultats de la trachéotomie sont tellement déplorables qu'on hésite à la tenter. De la statistique de M. Stern, il découle au contraire que bien des petits malades ont été guéris par le tubage qui, jusqu'à quatre ans et demi, donne des chiffres aussi beaux que la trachéotomie pour les autres âges.

Cette intéressante revue se termine par la description de l'opération, manuel opératoire et soins consécutifs. (*Archives roumaines de Méd. et de Chir.*, déc. 1887).

J. JOAL.

Relation de la diphtérie de l'animal avec celle de l'homme,
par le Dr DELTHIL.

Il résulte des observations cliniques de l'auteur, qui relate treize faits, que :

1° L'identité de la diphtérie de l'homme et des animaux est probable;

2° La transmissibilité de l'un à l'autre est soutenable ;

3° Il est impossible que la diphtérie puisse être transportée à distance par une tierce personne restée indemne. (Société de méd. prat., 8 février 1888.) J. J.

Bordeaux.— Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

SUR UN CAS D'ÉPILEPSIE GUÉRI PAR L'ABLATION D'UN POLYPE DE LA CAISSE QUI OCCUPAIT TOUT LE CONDUIT AUDITIF

Par le Dr **Ferdinand SUAREZ de MENDOZA** (d'Angers) (1).

Les attaques épileptiformes dans les suppurations de la caisse ont été observées par Jackson, Koeppe, Moos, Schwartz, M. Gellé et autres. Ces attaques, tantôt expliquées par des lésions de contiguïté, tantôt par action réflexe, sont donc déjà assez connues. Si je me suis décidé malgré cela à vous communiquer l'observation suivante, c'est parce qu'elle offre quelques particularités qui m'ont semblé dignes d'être signalées.

Observation. — M. C., âgé de vingt-huit ans, vient à ma consultation le 2 octobre 1887. Il me raconte qu'atteint depuis neuf ans du haut-mal il a suivi plusieurs traitements (*bromures, coques de levant, hydrothérapie*), sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Aussi ce n'est pas pour son épilepsie mais pour une tumeur qui lui a poussé dans le conduit de l'oreille qu'il vient me consulter. Il a gardé depuis six ans cette tumeur parce que, celle-ci étant trop près du cerveau, on lui a conseillé de ne pas y faire toucher. Il m'apprend qu'il y a onze ans il a été pris d'une attaque de méningite qui se manifesta par de violents maux de tête, fièvre, délire et assoupissements. Des sangsues aux pieds et des vésicatoires sur la tête le débarrassèrent de la dite méningite qui se fondit par l'oreille au troisième vésicatoire. Depuis, de son oreille a toujours coulé quelque chose qui ne sentait pas bon et qu'on n'a jamais essayé de tarir, craignant que cela ne se portât ailleurs.

Renseigné suffisamment par cet exposé, j'ai passé à l'examen local et j'ai constaté dans le conduit gauche la présence d'un énorme polype couleur rouge vineuse qui s'étendait

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

jusqu'au niveau de la base du tragus. J'essayais de nettoyer les contours avec de la ouate hydrophile enroulée sur un porte-coton lorsque le malade se raidit et tomba par terre en proie à une véritable attaque d'épilepsie pendant laquelle j'ai eu toutes les peines du monde à empêcher le malheureux de se broyer la langue entre les dents.

L'attaque une fois passée, j'interrogeai avec plus de soin le malade, qui me dit que les attaques d'épilepsie ont commencé deux ans après la prétendue méningite ; que, d'abord rares, elles sont devenues plus fréquentes, et que maintenant il en a quelquefois deux ou trois par semaine, surtout dans la belle saison, lorsque le travail des champs l'oblige à se courber souvent vers la terre. En hiver, paraît-il, les attaques sont moins communes et il se passe quelquefois dix jours sans qu'il en éprouve. Il me dit aussi que quand il se nettoie l'oreille ou qu'il se la frotte, il est sûr d'avoir une attaque, de même si en dormant il se tourne du côté malade.

N'ayant plus ce jour-là de temps à donner au malade et désirant compléter l'observation, je l'ai renvoyé au lendemain, après avoir fait le cathétérisme et avoir constaté que l'oreille gauche était saine. Le cathétérisme à droite fut d'abord sans résultat appréciable, et ce n'est qu'après le passage d'une bougie que l'arrivée de l'air fut annoncée par un bruit de friture dans le conduit; ce qui dénotait la perforation du tympan.

Le lendemain le malade me dit n'avoir pas eu d'attaque et avoir senti sa tête moins lourde. Je désirais en avoir le cœur net ; aussi, une fois installé, je commençai par presser délicatement sur le polype. Un léger vertige s'ensuivit et disparut en faisant une insufflation. Trois fois je répétai l'expérience, et trois fois elle donna le même résultat. Alors je poussai un peu plus fort et le malade tomba de nouveau foudroyé. Il n'y avait plus de doute pour moi, les attaques d'épilepsie provenaient d'un phénomène de compression dû à la pression faite par le polype sur le tympan ou sur les parties profondes de la caisse.

Une fois le malade revenu à son état normal, je le décidai à subir l'opération, lui faisant entrevoir l'espoir d'être simul-

tanément débarrassé et de son polype et de son épilepsie. Je craignais que l'introduction du serre-nœud ne produisît une nouvelle attaque; aussi allais-je doucement demandant toujours au malade de m'avertir si le vertige survenait. Deux fois je fus obligé de m'arrêter, car, bien que le malade fît une insufflation continuelle pendant que le fil avançait dans le conduit, le vertige augmentait beaucoup à la moindre pression faite par le fil du polypotome. Voulant éviter une autre attaque, j'ai pris une petite érigne et traversant le polype l'attirai doucement à moi de la main gauche pendant que la main droite faisait avancer le polypotome; j'ai pu faire ainsi la section sans produire autre chose qu'un grand vertige.

Le morceau obtenu, que j'ai l'honneur de vous présenter, était long de 1 centimètre et demi et large d'un bon centimètre; un deuxième morceau que je joins au premier fut sectionné le lendemain sans même occasionner de vertige. Le reste fut enlevé en huit séances à l'aide du pincement et du grattage; et, finalement, le galvano-cautère me permit de détruire le pédicule qui était situé à la partie antérieure et inférieure de la caisse; la moitié antérieure du tympan est détruite. La perforation est limitée en arrière par le manche du marteau, en bas et en avant par la circonférence osseuse, et en haut par un lambeau de tympan.

Des pansements à l'acide borique et des injections antiseptiques complétèrent en vingt jours la guérison de l'écoulement, et le malade me quitta au vingt-deuxième jour, sans avoir eu une nouvelle attaque, heureux au-delà de toute description de se retrouver un homme comme les autres.

Depuis cette époque je l'ai perdu de vue jusqu'au 27 février dernier où il revint dans mon cabinet pour une autre cause, et m'assura n'avoir jamais eu depuis l'opération la moindre menace de vertige ni d'attaque.

L'audition est toujours satisfaisante. La montre est entendue au contact du côté droit et à un mètre du côté gauche. En examinant l'oreille, j'ai constaté à travers la perforation que la muqueuse de la caisse est légèrement gonflée, sans

qu'il y ait cependant la moindre trace de suppuration.

Pendant mon examen, je promenai sur la surface tympanique et sur la partie visible de la caisse un porte-coton garni et, malgré une pression assez sensible, le malade n'éprouva autre chose que le bourdonnement et le vertige naturels lorsqu'une pression s'exerce sur le marteau.

Quel est maintenant le mécanisme qui a produit, dans ce cas, l'épilepsie ?

Est-ce la compression des filets nerveux du labyrinthe produite par la pression du polype sur le tympan et la chaîne des osselets?

Est-ce un phénomène réflexe dont la nature intime nous échappe ?

La première hypothèse serait soutenable si on se rappelle que les attaques étaient produites soit par la pression directe, soit par la pression indirecte sur le polype, soit par augmentation de l'afflux sanguin lorsque, en se penchant vers la terre, le malade congestionnait sa tête.

Il est cependant bon de noter que l'impossibilité de provoquer l'attaque par la pression sur les parties profondes de l'oreille, après l'ablation du polype, semble plaider pour la simple action réflexe.

Mais, quelle que soit la façon d'expliquer ce fait, ce qui me semble devoir être retenu, c'est la nécessité qu'il y aurait pour le médecin ordinaire de se familiariser un tant soit peu avec l'examen spécial des malades pour éviter de condamner souvent au bannissement social un être qui, bien conseillé sinon bien opéré, pourrait s'épargner et épargner aux siens les funestes conséquences physiques, morales et sociales, qu'avec elle entraîne fatalement l'épilepsie.

ABCÈS AIGU DE LA CLOISON DES FOSSES NASALES

par le Dr E. J. MOURE.

Il suffira de consulter les travaux publiés sur les maladies des fosses nasales, ou les traités consacrés à l'étude des affections de cette région pour se convaincre de la rareté des faits analogues à celui que je vais avoir l'honneur de vous soumettre, et que je vais tout d'abord vous exposer.

Observation. — Il s'agit d'une jeune fille de vingt-trois ans, habitant les environs de Bordeaux, qui vint me consulter, le 20 avril 1887, pour un affaissement du dos du nez datant, me dit-elle, de vingt jours seulement. A cette époque, après une promenade en voiture découverte par un temps froid, elle ressentit le lendemain les signes habituels d'un coryza aigu, s'annonçant comme intense. En effet, elle fut prise de frisson, de fièvre violente, de douleurs frontales des plus vives, douleurs s'irradiant au niveau de la région fronto-orbitaire; en même temps la peau du nez devenait rouge, enflammée, douloureuse au toucher, et la muqueuse commençait à faire une saillie appréciable à l'orifice des narines par l'examen de cet organe. L'état général était mauvais, l'appétit nul. Le médecin traitant prescrivit d'abord l'emploi de cataplasmes à la racine du nez et de purgatifs salins à l'intérieur. Les symptômes allant en augmentant d'intensité, la fièvre étant toujours ardente, la face tuméfiée et rouge, l'on pensa à l'existence d'un érysipèle et la malade fut soignée en conséquence. Deux ou trois jours après, la respiration nasale étant à peu près impossible à cause du gonflement de la muqueuse qui venait presque faire hernie à l'orifice des narines, la jeune fille moucha une matière épaisse mélangée de sang; aussitôt après l'expulsion de ces matières putrides et sanieuses, l'amélioration commença à se produire rapidement et, dix à douze jours après le début de l'affection, la muqueuse commençait à reprendre son aspect normal, lorsque la famille s'aperçut que la ligne du nez jusque-là fort droite et très nette,

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 30 avril 1888.

devenait moins régulière et s'affaissait au-dessous des os propres. Cette déformation s'accentuant de plus en plus, elle vint alors me consulter.

L'aspect de la jeune fille, brune, vigoureuse, quoique un peu lymphatique, est le suivant. A l'examen extérieur de l'organe, je constate, au-dessous des os propres du nez, une dépression très accentuée, due à l'affaissement de la cloison à ce niveau. Cette lésion, très visible de face, est bien plus marquée lorsqu'on regarde la jeune fille de profil. La région est encore un peu douloureuse au toucher.

A l'examen des fosses nasales antérieures, en relevant simplement la pointe du nez en haut, je constate l'existence de deux saillies, lisses, rouge-rosées, globuleuses, hémisphériques, sessiles en dedans sur la cloison, c'est tout simplement la muqueuse pituitaire, encore tuméfiée et formant les bourrelets dont j'ai déjà parlé. La lumière du conduit nasal se trouve, par ce fait, notablement diminuée. Poussant plus loin mon investigation avec le rhinoscope, je constate simplement de la rougeur et un peu de gonflement de la muqueuse qui recouvre le septum; celle des cornets est saine. L'attouchement avec le stylet est un peu douloureux au niveau de l'échancrure dans laquelle je ne peux pénétrer. La cloison n'est perforée dans aucune de ses parties.

Malgré tous mes soins et toutes mes demandes, rien dans les antécédents de la malade ne me semble suspect, et je ne trouve d'autre cause que le refroidissement pour expliquer l'apparition de cette lésion.

Je conseille comme traitement l'emploi de douches nasales alcalines, me proposant de réduire la muqueuse saillante, avec le galvano-cautère, au cas où elle ne reprendrait pas sa position normale. Je prescris à l'intérieur un régime tonique.

Huit jours plus tard, je revois la malade et constate une amélioration sensible du prolapsus; la membrane de Schneider diminuant de volume, tend à recouvrir exactement la cloison. Le traitement est continué, et la malade fait construire, sur mes indications, un petit appareil redresseur, qu'elle appli-

quera elle-même pour essayer d'éviter la déformation nasale.

Je revois la malade à divers intervalles, mais, comme il fallait s'y attendre, l'affaissement du dos du nez a persisté sans augmenter, la muqueuse a repris son aspect normal. Aujourd'hui, résignée à supporter cette déformation contre laquelle il eût été difficile de lutter, la jeune fille a cessé tout traitement local.

Remarques. — D'après l'exposé de cette observation, il me paraît difficile de discuter le diagnostic de la lésion, car les symptômes présentés par la malade et surtout la marche rapide, aiguë, de l'affection ne permettent de songer qu'à un abcès de la région, dont le siège est révélé par la difformité consécutive. Ce qui constitue surtout le point intéressant de ce fait, c'est l'influence du froid, qui seul ici peut être mis en cause pour expliquer l'apparition du mal. Tous les auteurs, et moi-même dans mon manuel des maladies des fosses nasales, sommes en effet d'accord pour admettre l'influence nette des traumatismes sur la production des abcès de la cloison, mais aucun de nous ne cite le froid comme susceptible de produire, à lui seul, une inflammation assez violente pour qu'un abcès du fibro-cartilage en soit la conséquence. C'est donc à ce titre surtout que j'ai cru devoir publier ce fait.

Quant aux symptômes, ils n'ont présenté rien de bien spécial daus ce cas, et l'on peut même dire que la maladie a évolué d'une manière absolument classique.

ÉTUDE SÉMÉIOLOGIQUE DE L'ÉPREUVE DE WEBER DANS L'AUDITION DU DIAPASON-VERTEX

par M. le Dr **GELLÉ**.

Dans l'état physiologique, si l'on place un diapason vibrant sur le sommet du crâne d'un homme sain et d'audition normale; puis, si l'on bouche du doigt le

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 27 avril 1888.

méat auditif droit, par exemple, le son est perçu aussitôt à droite exclusivement.

Le son, qui était central, s'est latéralisé ; c'est là l'expérience de Weber. On a cherché à l'utiliser en séméiotique auriculaire, soit que l'affection otique donne lieu à une sensation unilatérale du son du diapason-vertex, soit que le son reste perçu au point de contact du corps sonore sans être ni gauche ni droit.

Les troubles de l'audition de causes pathologiques coïncident, en effet, souvent avec la latéralisation du son apporté à l'oreille par les os de la tête, mais cela n'est pas d'observation constante.

Comment se produit cette sensation latéralisée, droite ou gauche, du son transmis par un instrument posé sur le milieu du crâne, chez l'homme entendant? Peut-être cette notion clairement exposée aidera-t-elle à mieux saisir le comment du déplacement du son crânien ou solidien vers l'une ou l'autre oreille par suite des lésions anatomo-pathologiques résultant des affections morbides.

Rappelons tout d'abord que l'orientation a lieu sur la sensation du maximum d'impression acoustique.

Du côté où le nerf auditif est le plus vivement impressionné, nous jugeons que le corps sonore est placé; et notre attention se dirige là où la sensation se trouve ainsi latéralisée.

Par l'occlusion de l'un des conduits, par la pression de la pulpe du doigt, dans cette épreuve de Weber, on constate par conséquent un premier effet : c'est l'accroissement momentané de la sensation auditive du côté oblitéré et pressé; ce qui nous conduit à admettre que cette épreuve transforme pour un instant et modifie les facultés conductrices de l'appareil sur lequel on agit, de telle façon qu'un maximum artificiel du courant sonore se trouve ainsi passagèrement créé.

Comment cela se produit-il ? Nous le savons depuis les travaux de Lucæ et de Hinton et mes études personnelles.

Que l'on admette avec Hinton que l'augmentation est due à l'arrêt du courant sonore et de son écoulement au dehors, ou bien qu'avec Lucæ et autres on l'explique par l'effet d'une pression légère exercée ainsi sur le tympan, il est remarquable que la petite modification si fugitive, imprimée à l'appareil acoustique, suffit à amener le *forte*, qui limite l'audition et détermine l'orientation latérale.

Il faut savoir que sur l'homme dont les oreilles sont saines, il suffit de produire une modification bien légère des conditions ordinaires de l'audition pour déplacer le sens de l'orientation au bruit. Ainsi, on obtient la latéralisation droite du son du diapason-vertex par la seule adaptation d'un tube de caoutchouc au conduit de l'oreille droite ; si ce tube est bouché à son bout libre, l'effet est encore plus net.

La poire de Politzer adaptée au méat auditif réalise aussi les conditions du renforcement du son et, par suite, du déplacement ou transfert de la sensation médiane du diapason-vertex vers l'un des côtés de la tête.

Dans ces cas, c'est à la résonnance des cavités ainsi constituées et annexées à l'organe de l'ouïe que le renforcement est dû certainement. D'autre part, en adaptant à l'orifice auriculaire un tube de caoutchouc de 0,40 centimètres de long à l'autre extrémité duquel est introduite la tige du diapason, qui pend en liberté, on constate que les vibrations de l'instrument augmentent d'intensité au plus léger pincement du tube de caoutchouc, qui amènent indirectement une exagération de la tension normale du tympan et de l'appareil de transmission ; ici, c'est par une action sur cet appareil conducteur des ondes sonores que s'explique le renforcement de la sensation, la production d'un maximum et le déplacement de l'orientation, le corps sonore restant toujours sur le milieu du crâne.

C'est en réalité une illusion que l'on crée ainsi artificiellement.

Je ne ferai que rappeler à ce propos les expériences nombreuses au moyen desquelles j'ai démontré, après bien d'autres, mais par des procédés nouveaux, qu'une légère tension imprimée aux membranes tendues accroît leur conductibilité pour le son, tandis qu'une tension exagérée peut arriver à l'éteindre.

De cet exposé rapide, il résulte qu'on doit admettre la dualité des origines du renforcement d'où naît le déplacement latéral et que tantôt il est dû à la formation de cavité de résonnance, tantôt à la tension ajoutée par la pression digitale auriculaire.

Ceci établi, l'expérience de Weber peut-elle être utilisée en séméiotique otologique ?

Si la mobilisation facile du son perçu du diapason-vertex caractérise les oreilles saines, comment se comportent à ce point de vue les oreilles malades?

Quand le son est déplacé, mobilisé, qu'est-ce que cela veut dire au point de vue du diagnostic des lésions et de leur pronostic ? Quand l'épreuve de mobilisation ou de latéralisation est négative, qu'en doit-on conclure dans un cas donné? Une première simplification pour débuter : l'occlusion du conduit a lieu par des bouchons de cire, par des corps étrangers, exostoses, etc., tous obstacles visibles à l'inspection et qu'il est suffisant d'indiquer tout d'abord pour que l'élimination en soit faite d'ores et déjà.

Toutes les causes de résonnance par lésions du conduit auditif externe sont ainsi négligeables.

L'intérêt se concentre sur les faits où la latéralisation est due à des écarts de tension provoquée.

On remarquera que nous voici en plein dans le mode de genèse du déplacement du son du diapason-vertex par des lésions pathologiques.

Cependant, il est telle affection de la membrane du tympan (épaississement) qui s'oppose manifestement à la sortie du courant sonore transmis par les os crâniens, et cause le renforcement suffisant pour produire la latéralisation.

N'oublions pas, pour juger d'un cas semblable, que le plus faible relâchement de l'appareil conducteur est suivi aussitôt d'une enfonçure graduelle, proportionnelle de la chaîne des osselets, et que cet effet consécutif peut produire jusqu'à l'immobilisation de l'étrier. Avant d'atteindre cette proportion, cette pression secondaire joue le plus grand rôle dans le résultat final, au point de vue de l'excitation du nerf labyrinthique, aussi bien que de l'affaiblissement de la conductibilité de l'appareil ; l'issue du son au dehors est par là également empêchée, et le son renforcé du côté malade. Ces prémisses posées, étudions l'épreuve de Weber dans un cas pathologique donné.

Supposons un malade chez lequel le son du diapason, posé sur le sommet du crâne, est latéralisé à droite; et admettons que par l'occlusion ou la pression digitale de Weber sur l'oreille gauche le son soit susceptible d'être déplacé et de paraître venir de gauche. En somme, nous trouvons que la sensation est mobilisable par l'application du doigt; or c'est le cas dans l'état normal. C'est conclure que le pronostic est excellent, puisque les organes se conduisent comme à l'état sain, et que le déplacement du maximum unilatéral d'origine pathologique ne résiste pas à la simple augmentation d'intensité sonore que procure à l'oreille gauche, saine, son occlusion avec pression au moyen du doigt.

La clinique nous montre une foule de cas de cet ordre; et je m'empresse de déclarer que, de l'analyse des observations analogues, il est permis de conclure que dans la majorité des cas la possibilité de mobiliser le son du diapason-vertex, latéralisé ou central, a paru être l'indice d'une amélioration possible, rapide et franche.

J'ai pu constater de plus que dans certaines observations où, au début, la mobilisation était nulle, l'amélioration de l'affection auriculaire a coïncidé avec le retour de cette faculté de déplacer *ad libitum* le son du diapason-vertex, qui est la caractéristique de l'état normal.

L'analyse des faits cliniques est très instructive à cet égard, et d'autre part elle montre combien il est vrai que la pression digitale, même légère, s'accompagne d'un effet de pression profonde, d'un accroissement de tension.

Certains faits pathologiques exagèrent pour ainsi dire le phénomène consécutif et rendent indiscutable l'évidence d'un mouvement communiqué.

Voici un cas bien probant à ce point de vue.

(Observation n° 910 *bis*) : Otite suppurée à gauche ; à ce moment, le diapason-vertex est perçu à gauche ; — une fois la guérison de l'écoulement, montre à 55 centimètres à gauche ; à 1 mètre et plus à droite. — Le diapason-vertex est alors perçu central; mais, si l'on presse légèrement sur l'orifice de l'oreille gauche, le son du diapason-vertex est latéralisé aussitôt à l'opposé, à droite.

Comment cela? Le tympan est mou, épais, mobile à l'extrême, et tout l'appareil avec lui, comme après une grave inflammation tympanique; la pression digitale comprime le tout, éteint la conduction et immobilise l'étrier; l'oreille gauche est morte, et la droite seule perçoit encore.

C'est bien là une action profonde qui a dépassé les limites ordinaires, grâce à la mobilité et au peu de résistance des parties récemment enflammées.

Au reste, dans d'autres conditions, le tympan manquant, les osselets disparus, l'étrier étant à nu, libre, on ne constate aucun effet analogue sous l'influence des pressions du doigt au méat (Obs. 1409).

Dans d'autres circonstances, j'ai pu observer un fait curieux : le son du diapason-vertex n'était pas perçu du sujet, mais l'apposition du doigt au méat auditif gauche le rendait aussitôt perceptible, mais rapporté à l'oreille gauche ; par l'oreille droite, rien de semblable.

L'oreille gauche seule donnait des résultats positifs à l'épreuve des pressions centripètes et par celle des

réflexes auriculaires, montrant une mobilité excessive, pathologique de l'appareil (Obs. 300).

Observation (résumée). — H. vieille otite chronique. D. V. 0. Si je clos l'oreille gauche, perception immédiate du D. V. à gauche. Audition de la montre = 0; du diapason, bonne à d. et à g.; en bouchant l'oreille droite D. V. = 0; épreuve des pressions centripètes, le diapason posé sur le tube qui unit la poire à air à l'oreille droite = 0; épreuve des synergies binauriculaires ou des réflexes = 0.

La poire à air placée à gauche, le diapason posé sur le tube : extinction du son à chaque pression. Si le diapason est porté en face de l'oreille droite, le son perçu est à chaque pression atténué franchement; le sujet le dit spontanément. Les trompes sont perméables; la mobilité du tympan nette à l'otoscope et à l'inspection; aspect opalescent; manche peu distinct; sécheresse générale; audition très inférieure et peu modifiée par le Politzer.

De ces faits on peut conclure qu'au moyen de la pression digitale on produit une tension artificielle de l'oreille qui tantôt accroît l'audition, tantôt l'affaiblit.

Incidemment, on remarquera qu'il y a là des indications évidentes pour le clinicien dans certains cas.

Cette action est rendue indiscutable par l'analyse de quelques observations où, par l'accroissement des tensions provoqué par la pression digitale, on a pu, à volonté, abaisser la sensibilité de l'oreille opposée (obs. 1005) et ailleurs faire naître un bourdonnement également dans l'autre oreille.

La pression digitale met donc en éveil les synergies binauriculaires et peut les rendre manifestes ou les montrer exagérées par l'état morbide.

Par opposition avec les faits précédents, dans lesquels les écarts de la tension provoquée sont exagérés par le ramollissement et le relâchement des ligaments et des tissus tympaniques, on rencontre des séries de cas où la pression digitale est sans effet, le son latéralisé ou non ne subit aucun déplacement à la suite.

Nous éliminerons tout d'abord les cas d'hémiplégie de tout ordre où la lésion est nerveuse, centrale, et, par suite, ne peut être modifiée par les changements apportés dans la tension des organes d'ailleurs indemnes.

Cependant il est bon de savoir que par les pressions digitales sur le méat auditif du côté sourd, on agit nettement sur l'audition de la bonne oreille chez les hémianesthésiques hystériques entre autres.

Voici maintenant l'analyse de 55 cas de lésions auditives, examinées aussi au moyen des pressions et des occlusions digitales.

Dans un premier chapitre étudions les faits où le diapason, appuyé sur le sommet de la tête, se trouve latéralisé, et en premier lieu, dans cette série, ceux qui offrent la latéralisation du côté le mieux entendant ou seul entendant.

Cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sain ou le meilleur.

Tantôt la mobilisation est possible; tantôt elle ne l'est pas.

Voici un malade de ce genre avec mobilisation possible, c'est-à-dire chez lequel le diapason-vertex, perçu d'un côté par la meilleure oreille, peut cependant être déplacé à l'opposé par la pression digitale de Weber de ce côté.

Observation (résumée aux deux conditions strictement nécessaires à connaître ici, n° 293):

Diapason-vertex latéralisé à droite où la montre est perçue à 40 centimètres; non déplacé par l'occlusion de la gauche, où la montre est entendue à 2 centimètres seulement.

Si la pression digitale agit par pression sur les parties profondes et conductrices de l'oreille, l'absence d'aucun résultat ici doit être interprété, dans ce sens que la lésion est forte, l'enfoncement profond, la mobilité nulle et la fixité presque complète.

En effet rien ne bouge, rien ne se meut; tout déplacement vers le labyrinthe est nul ou peut être nuisible, exagérant peut-être la déformation et l'enfoncement des

parties; aussi, on voit à la lecture de l'observation tous les signes négatifs, et le traitement sans effet, le Politzer n'a rien changé à cet état.

Autre observation (nº B. 882):

« Le diapason-vertex est rapporté à droite; là, la montre est entendue à 12 centimètres; si l'on clôt l'oreille gauche, le son reste toujours à droite; la montre est perçue à 3 centimètres à gauche. »

C'est encore un résultat négatif dans un cas rebelle à toute intervention thérapeutique.

Autre observation (nº 576):

Le diapason-vertex est perçu à droite où la montre est entendue à 1 mètre. — L'occlusion de l'oreille gauche ne mobilise pas le son; à l'oreille gauche, la montre non perçue.

L'oreille gauche n'éprouve aucun effet de cette épreuve, aucun traitement n'a pu améliorer la surdité de l'oreille gauche. L'appareil est déprimé, immobile, soudé, fixé par une sclérose irrémédiable.

Même gravité des lésions, même pronostic grave tiré de l'absence de mobilisation du son latéralisé du côté bien entendant.

Observation 760:

Diapason-vertex perçu à gauche; **M** à 2 centimètres; occlusion de la droite, pas d'effet; M. à droite non perçue; même pronostic, nulle amélioration, sclérose totale. Cependant on rencontre des cas de même latéralisation non mobilisable au début et qui ont pu être modifiés par le traitement, ce qui enlève au pronostic son caractère absolu de gravité.

Observation (anc. 1.):

Diapason-vertex perçu à gauche; montre à gauche à 8 centimètres; oreille droite close, pas d'effet; montre à droite à 1 centimètre. Après traitement sérieux 25 centimètres à gauche et 12 à droite. — Retour de la mobilisation du diapason-vertex perçu toujours à gauche.

Ces cas constituent un groupe pathologique très

nombreux; et c'est un fait d'observation déjà noté par d'Espine, de Genève, que la gravité des surdités unilatérales très accusées; j'ajouterai, quand l'autre oreille s'est conservée excellente.

La pression digitale rend évidente l'incapacité fonctionnelle qui résulte des lésions et permet de porter dès l'abord un pronostic fâcheux, mais non, je le répète, absolument; car le pronostic ne saurait se tirer d'un seul signe, même d'une surdité totale.

J'ai peu de faits dans lesquels, l'audition du diapason-vertex étant latéralisée du côté le meilleur, le son ait été reconnu mobilisable. C'est là encore un signe de lésion sérieuse et de curation douteuse; cependant on peut en tirer cette autre conclusion que les affections bilatérales sont plus fréquentes que les unilatérales, à une période déjà avancée de la maladie.

Observation 732. — D. V. perçu à gauche; M. à gauche à 2 centimètres. — Occlusion droite, mobilisation droite; où M. non perçue.

Dès que l'écart entre la capacité acoustique de deux organes n'est pas extrême, il est clair que les chances d'amélioration sont plus nombreuses (Obs. 795) : diapason-vertex perçu à droite; M. à 45 centimètres à droite; occlusion gauche, mobilisation à gauche, où la montre à 20 centimètres.

Prenons maintenant les cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sourd, le moins entendant, du côté malade, et admettons d'abord l'absence de la possibilité de le mobiliser.

Ici les observations abondent. Sur un ensemble de 29 faits pris au hasard, 25 fois le diapason-vertex a été trouvé latéralisé du côté sourd; or, sur ces 25 cas, le son n'a été reconnu mobilisable que 9 fois seulement par la pression digitale de Weber; dans 16 cas cela n'était pas possible. Il faut immédiatement remarquer que, sur les 9 cas mobilisables, 7 ont été rapidement et grandement améliorés; un seul d'entre eux avait un bouchon du

cérumen. 2 cas ont été réfractaires à l'épreuve de mobilisation, et ces 2 faits se rapportent à des lésions que le traitement n'a pu modifier.

De plus, dans les 16 cas, où n'avait pu changer l'audition latérale du diapason-vertex tout d'abord, par la suite du traitement, après un temps variable, 11 ont récupéré la mobilisation, la possibilité de déplacer le son d'un côté à l'autre, 5 sont restés non améliorés et sans qu'on ait pu constater aucun retour semblable.

Dans les autres faits qui servent de base à cette étude, le son du diapason-vertex était central, c'est-à-dire ni droit, ni gauche.

J'ai 21 cas de cet ordre.

La possibilité de mobiliser le son et de central le rendre latéral ne s'est rencontrée que 6 fois; dans ces 6 faits, 4 fois la guérison a été entièrement rapide et nette; en deux cas seulement il y avait des bouchons de cérumen.

Dans les 15 observations où la mobilisation du diapason perçu central n'a pu avoir lieu, on constate que les affections bilatérales, avancées, scléreuses, cependant quelques faits montrent une audition d'un côté relativement bonne; par exemple, la montre est perçue d'un côté à 65 centimètres et à 1 mètre même dans un cas, tandis que le son du diapason-vertex est toujours perçu central.

Cependant les inductions pronostiques que l'on peut tirer de l'épreuve des pressions digitales dans les cas de cette série sont plus aléatoires et inégales; on trouve des cas incurables et d'autres qu'une action thérapeutique a paru modifier avantageusement.

La valeur séméiologique du signe est alors moins nette; mais l'absence de mobilisation reste toujours avec sa signification sérieuse au point de vue de la gravité générale des lésions otiques et de leur ancienneté.

Conclusions.— L'occlusion du méat par le doigt cause

un léger renforcement du son que les sourds graves ne sentiront pas, mais que les sujets atteints de surdité récente perçoivent souvent encore.

La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion, mais agit sur l'appareil conducteur jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes binauriculaires, mais elle n'est pas graduée, elle est souvent inégale et difficile à bien exécuter; elle est quelquefois mal supportée par le sujet; malgré ces critiques, elle est d'une telle simplicité qu'on a tout intérêt à l'employer, car elle a surtout rapport aux lésions de l'appareil conducteur des sons, et peut renseigner comme on l'a vu, en bien des cas sûrement, sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même. Il résulte, au point de vue du pronostic, des cinquante-cinq faits analysés ici, que la possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason-vertex, constitue certainement un excellent signe pronostic, que le son soit latéralisé ou resté central.

Cependant, l'action de la pression digitale nulle au début peut devenir effective plus tard, et l'observation montre que la réapparition de la mobilisation du son crânien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique. Quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent.

Ce travail a pour but d'appeler l'attention des médecins otologistes français sur un signe délicat et pratique, capable de rendre de grands services, ainsi que l'ont depuis longtemps prouvé les travaux de Lucæ et les remarques de Politzer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. **NATIER**, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique. du Dr E. J. Moure (Suite.) (1).

Obs. XII (*Carmichael Smith*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Un cas de perte de la parole, de plusieurs mois de durée, céda à

(1) Voir *Revue*, n° 5, mai 1888.

l'administration d'un émétique (*Medic. communic.*, vol. 11, p. 488, London, 1790.)

Obs. XIII (*Hutchinson*, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — La perte de la parole de nature hystérique fut guérie par l'éthérisation (*Med. Times*, 24 juillet 1865).

Obs. XIV (Richter, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme devenant régulièrement muette à midi et quart. Intégrité absolue de l'intelligence, pesanteur de la langue. Chaque crise s'accompagnait d'une émission abondante d'urine avec sueurs et se terminait par le sommeil. La guérison fut obtenue en administrant du sulfate de quinine.

Obs. XV (Wells, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme quarante-trois ans, sujette depuis longtemps à des crises hystériques, perdit la parole après un accès, l'intelligence demeurant intacte. Dix jours après, la parole revint au début d'une attaque.

Obs. XVI (Bright, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Jeune fille de onze ans, fut, après un refroidissement, frappée de trismus et de mutisme hystérique. La bouche ayant été violemment ouverte, elle recouvra la parole.

Obs. XVII (Willis, d'après Bateman, *Gaz. hebd.*, 1870). — Femme intelligente atteinte depuis plusieurs années de paralysie des membres et de la langue. Parfois elle parlait facilement, mais après un discours animé et de quelque longueur elle devenait « muette comme un poisson », et cet état ne cessait qu'au bout de quelques secondes.

Obs. XVIII (Wiedermeister, *Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie*, *1874*, *Bd. 28*, in *Art.* de Bock). — Jeune femme, au début de son voyage de noces, devint muette et resta ainsi pendant une année. A son retour, elle vit par hasard une église en feu et s'écria : *le feu!* Depuis elle parla toujours.

Obs. XIX (Morbieu, *Union médic.* et *Gazette des hôpitaux*, p. 405, n° 51, 1er mai 1875). — Homme, trente ans, bonne santé habituelle, *attaque apoplectiforme;* le lendemain, état satisfaisant. Seule, la parole est très difficile. Six jours plus tard, violente douleur à la région précordiale, constriction au niveau du larynx, convulsions, hyperesthésie de toute la surface du corps. L'intelligence est intacte. Ces accidents durent deux heures et ensuite le malade perd complètement la voix. Le malade peut reprendre ses occupations. La parole lui revint un soir en se couchant, à l'occasion d'une toux légère. Trois jours après, à la suite de douleurs précordiales, il perdait la parole pour ne plus la retrouver. Nouvelles attaques pendant cinq à six mois. Conservation de l'intelligence. Ce jeune homme dirige une exploitation

agricole importante. Quand il ne peut se faire comprendre par *le jeu de sa physionomie d'ailleurs très expressive, il exprime facilement sa pensée par l'écriture.*

Obs. XX (Howell, *Congrès annuel de l'Associat. médic. anglaise, Gazette hebd. de méd. et de chir.*, p. 618, nº 39, 24 sept. 1875). — Garçon de seize ans perdit l'usage du langage articulé à différentes reprises pendant un, deux et quatre jours avec des intervalles de plusieurs semaines entre chaque attaque. La première attaque eut lieu à la suite d'un usage prolongé de la voix, combiné avec un peu d'excitation et d'anxiété.

Obs. XXI (Fischer, *Deust. med. Woch*, 1877, in *Art.* de Bock). — Un homme est attaqué, ligoté, frappé par quatre individus qui lui passent en outre un lacet autour du cou. On le trouve quelque temps après en pleine connaissance, mais devenu muet. Il pouvait écrire et se faisait ainsi comprendre. Pas de traces de contusion. Fischer, ayant vu le malade un an après, constata que : la mémoire avait conservé toute son intégrité; il pouvait écrire, mais il lui était impossible de lire. Bromure de potassium; au bout de quinze jours le malade pouvait déjà prononcer quelques mots. Peu à peu, la parole revint complètement.

Obs. XXII (Closmadeuc, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 277, nº 18, 3 mai 1878). — Enfant, treize ans, intelligent, étant dans une voiture, est projeté à terre violemment. Reste sans connaissance pendant plus d'une heure, n'a aucune lésion apparente. L'enfant, après avoir repris ses sens, *a perdu totalement l'usage de la parole.* A partir de ce jour, impossible d'articuler le moindre son; mimique intelligente. Après trois semaines, l'enfant est amené à l'hôpital. Ses parents partis, il est pris de tristesse. Il veut s'enfuir, on l'arrête à la porte; il se met dans une colère violente et un infirmier lui demandant : « Que veux-tu donc? Tu ne veux pas rester ici? » — *Non*, réplique-t-il d'une voix forte. Ce mot prononcé, il recouvre l'usage de la parole.

Obs. XXIII (Thermes, *France méd.*, 1879, p. 290, in Mém. de Cartaz). — Femme, vingt-un ans, muette peu à peu à la suite d'un refroidissement. Corde vocale gauche immobilisée, le bord de la lèvre occupant la ligne médiane. La parole revient par l'hydrothérapie.

Obs. XXIV (Liouville et Debove, *Progrès méd.*, 20 fév. 1879, in Mém. de Cartaz). — Jeune fille, dix-huit ans, hystérique. Antécédents héréditaires très nerveux; mutisme survenu lentement après l'aphonie due à une frayeur. *Paralysie des cordes vocales.*

Obs. XXV (Schnex., *Erlenmeyer's Cbl. f. Nervenheilk*, 1879,

in *Art.* de Bock). — Homme, ayant vu sa maison en feu, perd tout à coup la parole. Il comprenait tout et répondait par signes. Il guérit après cinq jours d'un traitement dérivatif.

Obs. XXVI (Ball, *Encéphale*, 1re année, p. 5, n° 1, 1881). — Homme, quarante-cinq ans, pas d'antécédents névropathiques ni alcooliques, devient subitement muet après violente colère, avait conservé la faculté de traduire ses pensées par l'écriture. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité.

Quelques jours plus tard la parole revenait sans médication et aussi brusquement qu'elle avait disparu.

M. Ball prétend qu'il s'agit, dans ce cas, d'une ischémie fonctionnelle ou spasmodique, limitée à un territoire vasculaire très circonscrit et produisant des troubles fonctionnels destinés à disparaître avec le retour de la circulation.

Obs. XXVII (Ball, *Encéphale*, 1re année, n° 1, p. 7, 1881). — Homme, trente-trois ans, bonne constitution, agriculteur; devenu violent, emporté depuis son mariage. Après un accès d'emportement, perd connaissance pendant deux heures et reste ensuite muet. Le traitement demeura inefficace.

Six mois plus tard, intelligence nette, surdité complète à gauche. Le malade répond par écrit. Le traitement institué par Ball n'a amené aucune amélioration.

Obs. XXVIII (Ball, *Encéphale*, 1re année, p. 15, n° 1, 1887). — Homme, vingt-six ans, passementier, bonne santé habituelle, devenu subitement sourd-muet à la suite d'une discussion. Il ne peut ni parler, ni entendre ce qu'on lui dit. Effrayé, il écrit sur un morceau de papier le nom et l'adresse d'un médecin qu'il désire consulter.

Le lendemain, à quatre heures de l'après-midi, la parole revint subitement. Il demeura sourd des deux côtés et privé de sensibilité du côté gauche.

L'année suivante cet homme revint à l'hôpital offrant les mêmes symptômes; il était sourd, muet et anesthésique du côté gauche. Ces accidents étaient survenus sans cause. Traité par l'électricité statique, la guérison fut beaucoup plus lente que la première fois.

Un mois et demi après il avait une troisième rechute à l'occasion d'une émotion violente.

Obs. XXIX (Sevestre, *Soc. méd. des hôp.*, 1882, in Mém. de Cartaz). — H..., vingt-deux ans. Attaques de nerfs antérieures. Crises caractérisées par de la cécité disparaissant pour donner place à de l'aphasie et *vice versa*.

Obs. XXX (Sevestre, *ibid.*, in Mém. de Cartaz). — H..., vingt-cinq ans, hystérique. Mutisme survenu à la suite d'une crise. La parole revint progressivement.

Obs. XXXI (Sevestre, *ibid.*, in Mém. de Cartaz). — H... Stigmates hystériques. Un matin en s'éveillant tombe sans perdre connaissance et reste quarante-huit heures sans pouvoir parler.

Obs. XXXII (Debove, *Soc. méd. des hôp.*, 10 nov. 1882, in Mém. de Cartaz). — H... Sujet à des crises hystériques accompagnées de mutisme.

Obs. XXXIII (Revilliod, *Revue de la Suisse romande*, 1883, in Mém. de Cartaz). — H..., quarante-huit ans, paralysie complète du mouvement et du sentiment à gauche. Surdité complète, mutisme absolu. Guérison par l'électrisation.

Obs. XXXIV (Revilliod, obs. 3 du mémoire, in Mém. de Cartaz). — F..., quarante-sept ans, hystérique. Mutisme absolu et paralysie de la langue, la perte et le retour de la voix sont graduels.

Obs. XXXV (Wilks, *diseases of the nervous system.*, 1883, p. 163, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-deux ans, traitée pour maladie de la moelle, ne peut parler depuis un an. La parole revient sous la menace d'accuser la malade d'imposture et après quelques séances d'électrisation !

Obs. XXXVI (Wilks, *ibid*, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-huit ans. Alitée depuis quatre ans, a perdu la parole il y a dix mois. Persuasion morale et électricité; guérison.

Obs. XXXVII (Löwenfeld, *Zur Kasuistik der transitorischen Aphasieen. Ærztliches intelligenzbl*, 1883, in art. de Bock. — Femme, quarante-et-un ans, névropathe. Sort du lit un matin à quatre heures, veut ensuite se recoucher, croit voir quelqu'un sous le lit, a peur, pousse un cri et reste par terre. Son mari la recouche, elle veut lui parler, mais ne peut plus se faire comprendre. Il lui semblait avoir dans la gorge quelque chose l'empêchant absolument de parler. Elle demeura ainsi, comprenant tout, mais ne pouvant proférer un seul mot jusqu'à neuf heures du matin où la parole revint.

Obs. XXXVIII (Demme, *Wien. medic. Blætter*, 18 déc. 1884, in Mém. de Cartaz). — Fillette de six ans devient subitement muette à l'occasion de la section du tendon d'Achille. La parole revient au bout de huit jours.

Obs. XXXIX (Cartaz, d'après Peugniez, *Thèse de Paris* 1885. — Jeune fille, onze ans, ascendants et collatéraux névropathes. Depuis un an, la voix s'est graduellement affaiblie. Altération du goût, de l'odorat, de la vue. La parole revint après une vive frayeur.

Obs. XL (Johnson, *Paralysis of the larynx*, *New-York med., Journ.*, 14 nov. 1885, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-quatre ans; *corde vocale dans la position cadavérique.* Santé bonne; traitée sans succès pendant cinq ans; recouvre subitement la parole au bout de ce temps. Les muscles aryténoïdiens paralysés laissaient en arrière une ouverture triangulaire.

Obs. XLI (Communiquée par le Dr Chaufflard, in Mém. de Cartaz). — F..., vingt-huit ans, antécédents héréditaires névropathiques. Elle-même très nerveuse. Elle a perdu peu à peu la parole au bout de deux ans. La voix revient par l'électrisation.

Obs. XLII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886).— H..., trente-sept ans. Ascendants, alcooliques et névropathes. En 1878, aphonie persistant soixante-douze jours. En 1880, première attaque de mutisme jusqu'en juin 1881. Alors les cordes vocales fonctionnent normalement mais ne peuvent se tendre. Nouvelles attaques de mutisme en septembre 1882 et en janvier 1883. A son entrée à la Salpêtrière en 1885, muet depuis quatre mois. Stigmates hystériques, les cordes vocales écartées sont en position d'inspiration profonde avec espace ellipsoïde au milieu. La parole revient cinq mois après.

Obs. XLIII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., vingt-six ans, antécédents héréditaires inconnus. Antécédents personnels : enfance chétive, malaise de nature névropathique. Syphilis à vingt ans. Crises de nerfs prises pour des attaques d'épilepsie; muet depuis sa dernière crise; stigmates hystériques. La parole revient au bout de quelques jours, mais le malade bégaie un peu.

Obs. XLIV (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886).— F..., vingt-et-un ans. Mère morte hémiplégique. Fièvre typhoïde à dix-neuf ans; chorée ayant duré six mois à la suite d'une frayeur, puis mutisme de huit jours. Le mutisme reparaît après crises nerveuses. Hoquet avec spasmes respiratoires.

Obs. XLV (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — F..., dix-neuf ans, névropathe; muette à la suite d'une frayeur; stigmates hystériques; intégrité parfaite de la muqueuse, *abduction complète des cordes vocales;* espace ellipsoïde. La parole revient au bout de trois semaines.

Obs. XLVI (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., trente ans, attaques nerveuses fréquentes, suivies d'aphasie passagère; recouvre la parole dès que disparait la sensation de pression.

Obs. XLVII (Cartaz, *Progrès médic.*, 1886). — H..., vingt ans, subitement sourd-muet en apprenant une mauvaise nouvelle. La parole revient au bout de quinze jours; la surdité s'atténue.

Obs. XLVIII (Bock, *Deuts medic. Zeitung*, n° 103, p. 1147,

23 déc. 1886). — Thérèse P..., vingt-trois ans; une tante atteinte d'aliénation mentale. Fièvre typhoïde à dix ans, rien depuis. Céphalées occipitales depuis l'enfance, plus vives à gauche; accès de rire convulsifs; menstruation régulière. A dix-sept ans, boule hystérique. Mariée à dix-huit ans; dans l'espace de trois ans, deux enfants vivants et bien portants; son mari, devenu fou, est mort dans un asile. Depuis, insomnie et caractère très excitable. A la mi février, accès de rire spasmodiques, souvent répétés et sans cause, mais s'annonçant par de la lassitude. Au commencement de mai, elle devint subitement muette à la suite d'une attaque. Elle comprend et répond par écrit. Ce mutisme persiste une heure et demie; après quoi la malade peut à grand peine et en bégayant prononcer quelques mots. Le lendemain, elle se rend à l'hôpital où elle recouvre la parole après électrisation, mais l'après-midi elle devenait encore muette. Le même phénomène se reproduisit le jour suivant; la scène s'étant renouvelée une troisième fois, la parole revient spontanément. La malade, pendant son mutisme, éprouvait d'ordinaire de la douleur dans la langue; mais, dès que la parole revenait, cette douleur disparaissait... Les accès de fou rire, suivis de mutisme, se renouvelèrent plusieurs fois les semaines suivantes, et c'est pour cette raison que la malade vint à la polyclinique. Un jour qu'on l'examinait, elle eut un accès de rire avec dyspnée et devint muette; elle recouvra la parole par l'application d'un aimant.

A l'examen, on constate que le voile du palais et la paroi postérieure du pharynx sont assez insensibles jusque vers la ligne médiane, où existe un point *d'hyperesthésie*. En touchant ce point avec une sonde, on provoque un accès de toux se terminant par une crise de rire.

L'examen du larynx pratiqué par B. Baginsky révèle de l'insensibilité de la muqueuse de l'organe vocal. Cordes vocales un peu rouges et très mobiles, laissant entre elles, sur la ligne médiane, un petit espace ellipsoïde. La lumière du réflecteur met la malade en sommeil hypnotique. Elle tomba dans un profond sommeil, et la muqueuse nasale, sensible auparavant, devint complètement anesthésique...

Eulenburg constata, par l'excitation électrique, que les réflexes étaient normaux.

Après l'examen laryngoscopique, excitation de rire violent se renouvelant toute la journée et la laissant muette. Parla au bout de deux jours, elle bégaya pour recouvrer complètement la parole après électrisation.

... Le 2 juillet, crises de pleurs et de toux, ce qui ne lui était encore jamais arrivé. Trois jours après, la malade, à la suite d'une électrisation

énergique du bras gauche, éprouva une sensation désagréable et devint enrouée comme elle ne l'avait encore jamais été jusque là. Quelques heures après, crise de larmes et mutisme. Le soir électrisation et retour de la parole. Les tremblements du bras gaucbe, ainsi que les soubresauts, disparaissent complètement après cette séance d'électrisation. Aussi la malade, obligée auparavant de tenir ce bras en écharpe, put-elle alors s'en servir.

Le 9 juillet, la malade, après une crise de frayeur et de toux et de larmes, devint complètement aphone. Ce jour-là, pour la première fois, la faradisation du larynx, qui chez elle avait toujours réussi, échoua, mais deux jours après elle réussissait. La malade est encore en traitement et après chaque crise on fait disparaître le mutisme par l'électrisation.

Obs. XLIX (Wertner, cité par Kussmaul, *tirée du travail de Bock*). — Jeune fille, treize ans, sur laquelle avait passé une voiture ; de légères éraillures de la peau, muette pendant treize mois, divers traitements sans résultats : à la fin on lui donna du bromure de potassium. Un jour, comme elle venait d'en prendre, elle se jeta dans les bras de sa mère en s'écriant : « *Mère, je puis parler!* » Quelques semaines plus tard elle était guérie.

Obs. L (Todd, in *Art.* de Bock). — Homme, cinquante-cinq ans, tempérament irritable, hypocondriaque, à la suite d'un entretien pénible, — l'intelligence demeurant intacte, — perd la parole sans autre symptôme de paralysie. Il demeura muet une semaine environ, après quoi la parole revint tout à coup.

Obs. LI (Mendel, *Berliner Klin Wochensch*, 8 août 1887). — H..., cinquante-et-un ans, pas d'antécédents héréditaires. — A vingt-huit ans, traumatisme du bras droit avec douleur et impotence consécutive. L'année suivante à la suite de piqûres de morphine dans ce bras, attaques convulsives persistant encore, mais atténuées. En 1872, attaques d'épilepsie ayant duré une année. En 1875, contracture totale du membre supérieur droit ayant persisté pendant quatre ans. En 1883, on observe les mêmes phénomènes sur le bras gauche, avec cette particularité que le coude n'était contracturé, que depuis six heures de l'après-midi jusqu'au milieu de la nuit, les articulations des doigts étaient normales de ce côté.

Le 28 mars 1886, léger accès convulsif, à la suite surdi-mutité. Quinze jours après le malade n'est plus sourd-muet que de cinq heures du soir à six heures du matin. Au mois de mai, il devient sourd-muet à partir d'une heure de l'après-midi jusqu'à six heures du matin. Depuis le mois de juin 1886, l'état est le suivant : *le malade*

parle de six heures à neuf heures du matin, après quoi il cesse, et à partir de ce moment, aussi bien le reste du jour que pendant la nuit, il demeure sourd.

... L'examen du larynx fait par Baginsky fournit les résultats que voici : infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale du côté gauche avec *immobilité presque complète du cartilage aryténoïde.* La voix, au moment de la phonation, est légèrement couverte. Toux avec anesthésie; du côté droit de la tête, à la partie supérieure de la poitrine et du larynx, sensation de resserrement. Compression iliaque des deux côtés sensible. Réflexes moteurs et sensitifs normaux.

L'intelligence est très bien conservée.

L'auteur fait ressortir l'intérêt de ce cas, le seul existant dans la science, avec un autre de Ball mais qui ne fut que de courte durée, alors que celui-ci affecte une marche chronique.

Il s'agit ici, vraisemblablement, à son avis, d'un état lié à l'aphonie hystérique; ce serait une lésion des centres subcorticaux et peut-être aussi des agents conducteurs. Il existerait certains obstacles périodiques empêchant d'une part les perceptions auditives et d'autre part paralysant l'action motrice de la parole.

Il conseille comme traitement l'hypnotisme. La guérison a été plus tard obtenue grâce à un traitement mixte : par les aimants, l'hypnotisme, la suggestion et les courants continus.

Dans la discussion qui suit, B. Baginsky fait remarquer *qu'il existe de l'infiltration tuberculeuse de la corde vocale et de la bande ventriculaire gauche.*

Il a constaté en outre que si l'on priait le malade d'émettre un son, le miroir laryngien en place, le malade pouvait à ce moment donner le dit son, mais qu'il lui était impossible, sans le miroir, d'émettre ce son et qu'alors il ne produisait qu'un léger souffle.

Obs. LII — Gilles de la Tourette (*Leçons de Charcot : Maladies du système nerveux*, t. III, 26e leçon, p. 434, 1887). — H..., trente-trois ans, Antécédents nuls. Pendant six ans, attaques hystériques. Subitement muet à la suite d'une laryngite accompagnée d'aphonie. Guéri par la

simple application du miroir. Vient à la Salpêtrière pour un nouveau mutisme dû à la même cause.

Obs. LIII (Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 26e leçon, recueillie par Gilles de la Tourette, t. III, p. 433, 1887). — F. ., vingt-quatre ans, arrêtée pour infanticide, perd subitement la parole après le premier interrogatoire. Stygmates hystériques indéniables. Le mutisme est pris pour de la simulation.

Obs. LIV (Dutil, *Gazette médic. de Paris*, no 23, 4 juin 1887). — F..., vingt-deux ans, domestique. Au mois de mars 1887, après s'être fait, la veille (pendant la période cataméniale), des ablutions à l'eau froide, elle fut prise de sa première attaque de nerfs. Le lendemain, nouvelle série d'attaques après lesquelles elle reste muette, la bouche entr'ouverte, la langue dépassant un peu les arcades dentaires et serrée contre la commissure latérale gauche. Attaques consécutives nombreuses, nécessitant le transport à l'hôpital. Anesthésie totale; ni paralysie, ni contracture.

...Le lendemain 22, légère modification (yeux ouverts, sensibilité de la peau et des muqueuses à l'exception du pharynx), *mutisme persistant*.

Le 23, la malade avait à peu près recouvré sa motilité. Le mutisme et la contracture de la langue et des muscles masticateurs persistèrent sans modification, les 25 et 26 mars. Le 27, on pratique le massage des régions massétérines, en disant à la malade qu'elle parlera le lendemain. Cette suggestion réussit pleinement, bien que la malade ne fût pas hypnotisable.

Obs. LV (publiée par Amadeï, *Gazzeta degli Ospitali*, an VIII, no 12, p. 90-92, 1887, traduit de l'italien, par M. Montanari). — Virginie-Vill. Ponz. a perdu la voix et la parole depuis longtemps et a vainement tenté toutes sortes de traitements pour les recouvrer.

...F..., de quarante-trois ans, mariée, mère de sept enfants dont deux vivants, active, intelligente, caractère excellent. Pas d'antécédents héréditaires. Malade névropathe. Atteinte depuis un peu plus de deux ans, d'aphonie et de mutisme avec diminution de la vue du côté droit. Règles très abondantes et trop fréquentes.

...Hémianalgésie droite totale, diminution de la sensibilité tactile générale, pas de zone hypéresthésique, douleur ovarienne à la pression. Anesthésie très prononcée du pharynx et du larynx. A l'examen laryngoscopique, on observe de l'intégrité des muqueuses, sans lésion manifeste des muscles.

Au commencement d'octobre 1884, la voix a baissé graduellement à tel point, que la malade ne pouvait bientôt plus parler qu'à voix

basse. La fatigue qu'elle éprouvait était même si considérable qu'elle se résolut finalement à ne parler que le moins possible.

Pendant l'été de l'année 1886, la voix disparut complètement, et cet état a toujours persisté depuis. Elle n'est plus maintenant atteinte d'aphonie, mais bien d'un véritable mutisme.

... Evidemment il s'agissait d'un cas de mutisme hystérique, postérieur à une aphonie qui était accentuée de plus en plus... Je recourus à l'hypnotisme : je commençai à faire expirer la malade, à la faire tousser, râcler de la gorge avec sonorité sur des tons variés et de plus en plus forts. Il était au commencement nécessaire que je produisisse le même son pour que la femme l'imitât ; plus tard, elle le faisait simplement sur mon ordre. Je passai ensuite à la prononciation des voyelles et j'obtins bientôt l'*e* et l'*a ;* un peu plus tard l'*o* et, avec une grande peine, l'*i* et puis l'*u* (prononcez *ou*). Je fis unir ensuite les voyelles entre elles... Plus tard je combinai les voyelles avec les consonnes les plus faciles, les labiales *em*, *am*, *pa*, *po*, etc., comme on fait pour les enfants à qui on apprend à lire.

... Après quelques heures d'essais, j'obtins de la sonorité de l'expiration le 8 septembre, le 9 la prononciation de l'*e* et de l'*a*, de l'*o* et de *ea*, *eo*, *em ;* le 12, l'*i*, l'*u* (ou), puis *pa*, *bé*, *ta*, etc., et deux syllabes ensemble ; le 13, les mots non épelés et les dernières consonnes ; le 14, la malade parlait seule et en épelant mieux ; le 15, l'élocution était beaucoup plus facile. A ce moment, satisfaite, la malade retourna chez elle.

Il faut noter que la malade, au début, quand elle prononçait, éprouvait une grande fatigue avec oppression rétro-sternale et comme de la lassitude cérébrale.

Obs. LVI (E. Marcel et G. Marinesco, *Archive roumaines de médic. et de chir.*, extrait 1887). — Jeune homme, dix-neuf ans : *mère*, morte tuberculeuse ; *père*, très nerveux ; *quatre sœurs*, l'une très impressionnable, *hystérique ; un cousin*, hystérique ou épileptique. Accidents scrofuleux du bas âge. Tempérament nerveux. Employé comme caissier-comptable dans une grande ferme, il croit une nuit voir des voleurs enfoncer la porte et se jeter sur lui avec l'intention de l'étrangler. Le lendemain, il est sans connaissance au pied de son lit. Impossible de le faire revenir à lui, il reste treize jours dans cet état. Pendant les premiers jours qui suivirent son accident, il avait à la même heure (quatre heures de l'après-midi) des accès d'hystéro-épilepsie.

Le malade sort de son coma le quatorzième jour et se croit au lendemain de son accident. La mâchoire inférieure est contracturée ;

il ne peut articuler un seul mot. Vivement impressionné, il a, selon toute probabilité, une attaque d'hystéro-épilepsie. Trois heures après il se réveille dans un état de faiblesse extrême ; il lui est impossible de marcher, sa mâchoire est toujours contracturée ; il répond mal et par gestes aux questions qu'on lui pose ; *écrire lui est impossible.*

Vingt jours après le début des accidents, le malade voit mal et de très près ; la mâchoire est moins contracturée, langue refoulée au fond de la bouche.

A partir de ce moment, le malade au réveil (le jour ou la nuit) avait de la contracture des mâchoires. Cet état dure neuf jours environ, et peu de temps après pendant deux nuits consécutives il a des cauchemars, croit se battre avec de nombreux voleurs et *prononce quelques vagues paroles, les seules depuis son accident.*

Peu à peu, tout rentre dans l'ordre, le malade reconnaît son entourage et recouvre toute son intelligence, l'usage de l'écriture, mais pas celui de la parole.

État actuel. — Etat général satisfaisant. Intelligent ; répond par une mimique très expressive, et écrit très correctement ce qu'il veut dire. Stigmates hystériques. Diminution de l'acuité et du champ visuels. Pendant quinze jours la contracture de la langue empêche l'examen du larynx. Au bout de ce temps on constate que : les cordes vocales inférieures sont dans *l'abduction forcée*, les cartilages aryténoïdes très écartés de la ligne médiane. Lorsqu'on engageait le malade à prononcer la voyelle *i*, aucun son ne sortait naturellement, mais on voyait monter le larynx, les cordes vocales et les aryténoïdes, restant immobiles. Image laryngoscopique analogue à celle de la respiration forcée.

Le bromure de potassium, les courants faradiques au devant de la trachée ; l'électrisation endo-laryngée, l'anesthésie par le chloroforme, les émotions vives furent vainement employés. L'hypnotisme et les suggestions n'eurent également aucun résultat. En dernier lieu, en associant à l'hypnotisme la *gymnastique vocale*, on put faire revenir la voix.

Un détail noté par les auteurs : le malade qui, avant son accident, avait une voix de ténor, possédait maintenant une belle voix de baryton, ce qu'ils expliquent par le travail moindre que les sons graves exigent des cordes vocales. Six semaines après le début du traitement le malade parlait correctement ; il lui arrivait cependant parfois, à la suite d'une émotion vive ou d'une attaque de sommeil, de perdre la parole, d'ordinaire pour quelques heures seulement. Et cette perte était subite ou graduelle, de même pour le retour de la parole. On

put même constater au laryngoscope que la contracture des cordes vocales disparaissait peu à peu et au fur et à mesure que la voix se rapprochait de la normale et *vice versa*.

Le fait qui leur paraît le plus saillant dans cette observation, c'est la contracture spasmodique des cordes qui accompagnait le mutisme; ces auteurs estiment que le mutisme hystérique peut exister avec ou sans troubles laryngés, et que lorsque ceux-ci existent, ils se manifestent, soit sous forme de paralysies, soit sous forme de contractures.

Nous ne pouvons nous refuser à donner ici la façon d'après laquelle, suivant MM. Marcel et Marinesco, pourraient s'expliquer le mutisme subit et le mutisme graduel.

On peut, disent-ils, supposer que dans le premier cas l'émotion, après avoir impressionné le centre psychique, celui-ci à son tour réagit sur le centre de Broca, et de là, par voie centrifuge, sur l'organe phonateur qui, suivant la nature de l'émotion ou la prédisposition du malade, serait plus ou moins impressionné et donnerait ainsi naissance au *mutisme hystérique avec troubles laryngés* (*paralysies ou contractures*). Mais il peut arriver aussi que l'impression s'arrête au centre du langage articulé sans se propager au larynx, ce qui nous explique les cas assez rares, d'ailleurs, du *mutisme hystérique sans troubles laryngés*.

Dans le second cas, lorsque le patient passait par un état aphonique avant de devenir muet, on peut admettre que l'émotion, après avoir agi sur le centre psychique, se réfléchit en *premier lieu*, non plus sur le centre du langage articulé, mais, par une voie inconnue, sur l'organe phonateur, d'où l'aphonie. (*A Suivre*).

BIBLIOGRAPHIE

Manuel des maladies de l'oreille (*Handbuch der Ohrenheilkunde*), par le Dr W. Kirchner (1).

Ce manuel, publié pour la première fois en 1885, vient d'avoir cette année une deuxième édition. Il forme actuellement un livre de 200 pages avec 41 figures.

Il a été divisé par son auteur en huit sections qui comprennent : l'étiologie des maladies de l'oreille renfermant l'influence des autres maladies sur l'organe de l'ouïe, l'hérédité; l'examen de l'oreille, l'éclairage, etc. L'auteur étudie ensuite le pavillon de l'oreille; son importance, ses déformations, othémathome, eczéma et autres affections du pavillon ; oreille externe, anatomie et furoncles, otite externe diffuse, tumeurs, eczémas, champignons, pityriasis versicolor, psoriasis, bouchons de cérumen, sténose et atrésie, corps étrangers, névroses.

Le chapitre IV est consacré à la membrane du tympan, sa structure anatomique et sa pathologie, myringite aiguë, chronique, tympan artificiel, lésion du tympan. Dans le 5e est étudiée : la trompe d'Eustache, sa structure anatomique, son rétrécissement, sa dilatation, salpingite aiguë, chronique, ammoniaque à l'état naissant, cavité naso-pharyngienne, ses maladies, ses lésions.

Vient ensuite la caisse du tympan, sa situation anatomique, ses maladies : otite moyenne catarrhale aiguë; paracentèse du tympan. Otite moyenne catarrhale chronique. Emploi des vapeurs. Raréfacteur de Delstanche, défauts de tension, leur traitement opératoire, otite moyenne suppurée, aiguë. Paracentèse du tympan. Méningite, thrombose. Rétention de pus dans les apophyses mastoïdes. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Otite moyenne suppurée chronique. Lavage de l'apophyse mastoïde. Granulations, galvano-caustique. Polypes de l'oreille, ulcérations, cholestéatome, hémorragies, otite intermittente. Névroses, troubles psychiques.

(1) Berlin, Verlag v. Friedrich Wieden, 1888.

Le 7e chapitre comprend le labyrinthe, sa structure anatomique, vestibule et canaux semi-circulaires, limaçon, maladies du labyrinthe, leur traitement par l'électricité, maladie de Ménière, paracousie, diacousie; et enfin le 8e est consacré à l'étude de la surdi-mutité; l'hérédité, et les causes de la surdi-mutité congénitale sont successivement passées en revue; la simulation, les moyens de la reconnaître, les appareils de l'ouïe, et l'explication des planches terminent ce dernier chapitre.

En somme, l'auteur publie un manuel très précis, mais forcément incomplet, qui convient surtout aux médecins déjà un peu familiers avec l'étude des maladies de l'oreille.

M. Natier.

Les maladies du larynx avec considérations sur la laryngoscopie et la technique de la thérapeutique locale à l'usage des praticiens et des étudiants, par le Dr Gottstein (1).

Ce livre, dont la première édition datant de 1883, est déjà épuisée, vient d'être amélioré et augmenté par son auteur dans une deuxième édition parue au commencement de cette année. Il forme actuellement un beau volume de 330 pages, avec 39 figures intercalées dans le texte, et constitue l'un des bons traités de laryngologie que nous possédions en ce moment.

La première section comprend un premier chapitre consacré à l'*anatomie* du larynx, un second à la *physiologie*. Le troisième chapitre a pour objet : l'*étiologie générale ;* le quatrième le *diagnostic général ;* dans ce chapitre, sont décrits les divers instruments et les meilleures sources de lumière dont on pourra faire usage. Le cinquième chapitre comprend la *symptomatologie générale*, et le sixième la *thérapeutique générale* avec description des instruments qui seront employés.

La deuxième section se subdivise en deux parties. Dans la première, sont étudiées les affections primitives du larynx,

(1) Leipzig, *u. Wien Franz Deuticke*, 1888.

et cette étude fait l'objet de sept chapitres: 1° maladies de la muqueuse du larynx (anémie, hyperémie, hémorragies, catarrhe aigu, laryngite catarrhale des enfants, pseudo-croup, etc., etc.) ; 2° maladies du périchondre et des cartilages (périchondrite du larynx); 3° lésions du larynx (plaies, fractures); 4° soudure membraneuse et sténose cicatricielle; 5° néoplasmes du larynx : (A) tumeurs bénignes, (B) tumeurs malignes); 6° corps étrangers du larynx; 7° névroses du larynx : (A) troubles de la sensibilité, (B) troubles de la motilité.

La deuxième partie, consacrée aux maladies secondaires du larynx, ne comprend pas moins de douze chapitres où sont successivement étudiées : les lésions laryngées dans la tuberculose; dans la syphilis; le lupus du larynx; la lèpre du larynx; les lésions laryngées dans la rougeole; dans la scarlatine ; la variole ; la fièvre typhoïde ; l'érysipèle; la coqueluche. Viennent ensuite les affections du larynx liées à des lésions cérébrales, à des maladies de la moelle.

Comme on peut le pressentir déjà, d'après le plan suivi par l'auteur, son livre est fort intéressant et certains chapitres sont traités par l'auteur avec une compétence toute particulière : telle l'étude des névroses laryngées. Du reste, on nous promet pour bientôt une traduction française de cette œuvre, et nous nous ferons un véritable plaisir de la signaler à nos lecteurs aussitôt sa publication.

M. Natier.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

OREILLES

De la pathologie et de la thérapeutique des sensations auditives à la fois subjectives et objectives. *(Zur Pathologie und Therapie der objectiv wahrnehmbaren subjectiven Gehörs empfindungen)*, par le Prof. Gruber.

Ces bruits ont leur origine dans un état anormal des vaisseaux ou des muscles qui appartiennent en propre à l'appareil auditif ou qui ont avec lui des rapports étroits.

Dans quelques circonstances favorables à la production du phénomène la pulsation d'une très petite artère peut donner lieu à un bruit intense qui peut être perçu par le médecin en même temps que par le malade.

Il en est de même des bruits de souffle d'origine chlorotique ou anémique.

Les anévrysmes non-seulement des artères de l'oreille ou de son voisinage immédiat, mais encore ceux des vaisseaux intracrâniens et en particulier de l'artère basilaire peuvent parfois être reconnus ainsi au stéthoscope appliqué sur le crâne. On distingue généralement les bruits qui ont cette origine à ce qu'ils s'arrêtent à la suite d'une pression exercée sur le tronc d'où émane l'artère qui est le siège du bruit.

Quant aux muscles qui peuvent donner lieu à la perception de ces bruits, ce sont le muscle tenseur du tympan et le tenseur du voile du palais dont les effets moteurs sont faciles à constater sur le tympan ou sur le voile, en même temps que les bruits sont perçus.

Ces mouvements peuvent se produire d'une façon réflexe, et on les constate, en ce cas, le plus souvent chez les sujets anémiques ou chez les jeunes filles chlorotiques au moment de la puberté.

Dans ces cas le traitement doit avoir pour but de relever l'état général et doit surtout être tonique.

Mais il y a une autre origine de ces contractions, que l'auteur n'a trouvé signalée nulle part, et qui consisterait en une sorte d'habitude prise dès l'enfance de faire contracter ces muscles et de produire ainsi un bruit.

Cette contraction volontaire qui débute probablement par la tension du voile du palais s'étend par la répétition de la manœuvre au muscle tenseur du tympan, s'augmente par l'habitude et donne lieu à un bruit analogue à celui qu'on obtient en faisant craquer l'une contre l'autre les extrémités de deux ongles.

Ce qui distingue cette variété de bruit, c'est que les contractions des muscles peuvent cesser sous l'influence de la volonté ; il n'en est pas de même quand il s'agit de contraction

réflexe. Le traitement doit consister à corriger cette habitude; on y parvient après un temps plus ou moins long par l'attention et la volonté. *(Allg. Wien. med. Zeit*, 1888, n° 1.)

WAGNIER.

L'électricité galvanique comme moyen de déceler la simulation de la surdité, par EICHBAUN.

Le moyen proposé par M. Eichbaun pour surprendre les simulateurs est basé, d'une part, sur la connaissance parfaite de la manière dont l'ouïe réagit sous l'influence de l'excitation galvanique aussi bien à l'état pathologique qu'à l'état normal; d'autre part, suivant que le sujet soumis à l'épreuve fera une réponse conforme à l'un des types de réaction connus ou non, on pourra croire à une affection réelle qu'il s'agira ensuite de déterminer, ou bien on affirmera la simulation.

Les différents types de réaction peuvent se classer sous cinq chefs :

I. *Réaction normale :*

1 La fermeture du circuit au pôle + donne un son,
2 L'ouverture du circuit au pôle + donne un silence,
3 La fermeture du circuit au pôle — donne un silence,
4 L'ouverture du circuit au pôle — donne un son.

Le son perçu est variable, tel que sonneries, bourdonnements, sifflements, etc.; quand on répète fréquemment l'épreuve de l'ouverture et de la fermeture du circuit, la sensibilité de l'ouïe s'exalte et on peut obtenir la réaction normale avec des courants d'intensité de plus en plus faible.

Les termes *silence,* inscrits en 2 et 3, doivent être pris, non au sens absolu, mais dans ce sens que le bruit perçu dans ces deux cas est beaucoup plus faible que dans les deux autres ; c'est seulement dans le cas où l'on emploie les courants les plus faibles qu'il y a silence proprement dit.

II. *a. Réaction de l'hyperesthésie.* — Le type est le même, mais pour obtenir la réaction caractéristique, il suffit d'employer des courants beaucoup plus faibles. A égalité d'intensité du courant, les bruits sont beaucoup plus intenses qu'à l'état normal (catarrhe de la caisse, perforation simple du

tympan, maladies du labyrinthe avec dureté de l'ouïe).

II. *b. Torpeur de l'ouïe.* — Le type de formule est encore le même, mais il faut des courants plus intenses qu'à l'état normal (bouchons de cérumen, atrésies du conduit auditif externe).

III. *Hyperesthésie avec réaction paradoxale.* — Les choses se passent comme en II *a*, avec cette particularité que de plus, l'oreille non excitée réagit aussi et sans spécification des électrodes (lésions graves du labyrinthe, hyperexcitabilité excessive).

IV. *Perversion quantitative et qualificative de la formule normale.* — On a alors :

1 son,	ou bien :	son.
2 silence,	—	*bruit.*
3 *bruit,*	—	*bruit.*
4 bruit,	—	bruit.

dans les degrés élevés de l'ouïe après des suppurations ou des lésions graves du labyrinthe.

V. *Inversion du type normal.* — L'intensité du bruit 2 est plus grande que celle du bruit 4 ; de même, l'intensité du bruit 3 est plus grande que celle du bruit 1, tandis qu'à l'état normal, nous avons dit que c'était l'inverse (lésions graves du labyrinthe et maladies cérébrales).

Cette exploration n'est pas toujours sans inconvénients ; suivant l'intensité des courants, certains individus ont des nausées, des vomissements même, des vertiges, des douleurs cutanées, etc.; ces inconvénients tiennent à l'impossibilité de localiser strictement l'action du courant sur le nerf acoustique même. De plus, elle réclame un bon appareil galvanique, un rhéostat aussi exact que possible, et un bon galvanomètre ; il faut, de plus, que celui qui se sert d'un appareil déterminé le connaisse bien. (*Deut. militärärtz. Zeitsch.*, p. 531, et *Arch. de méd. pharm. milit.*, janvier 1888.) LEROY.

Troubles auditifs dus à l'impression de la lumière électrique,

M. d'Arsonval a, dans une communication précédente

(voir *Bullet. Méd.*, p. 690, 1888), indiqué les phénomènes auditifs qui succèdent à l'impression lumineuse d'un arc voltaïque. Depuis il a continué les mêmes recherches et s'est tout d'abord assuré que la nature de la lumière avait une grande importance, car il n'a rien pu provoquer d'analogue, même avec une lumière très intense due à toute autre source. Il faut que ce soit un arc voltaïque, que la lumière qu'il produit soit très intense, et, de plus, que cette lumière soit engendrée par un courant très fort.

En faisant agir l'excitation lumineuse sur un seul œil, il a observé les mêmes phénomènes que quand on excite les deux yeux, la surdité, et, dans les cas plus légers, la diminution de l'audition s'est produite des deux côtés.

Il ajoute enfin que ces expériences ne sont pas sans danger; dans certains cas, les phénomènes de surdité ont persisté pendant dix-sept jours et pendant les huit premiers avec une très grande intensité. La diminution se fait peu à peu.

Il croit que les rayons qui provoquent ces phénomènes sont les rayons extra-violets, et appuie cette manière de voir sur les résultats négatifs qu'il a observés à la suite de l'emploi de toute autre source de lumière.

M. Dastres. — M. d'Arsonval, outre la surdité, a-t-il observé quelques phénomènes cérébraux?

M. d'Arsonval. — Il y avait de la céphalée, une certaine pesanteur de tête, mais jamais de vertiges. Je répéterai que ces troubles de l'audition avaient déjà été remarqués par certains électriciens, mais qu'ils les avaient attribués à la céphalalgie qui souvent succède à ces impressions lumineuses très vives.

M. Gellé. — On observe fréquemment à la suite de lésions intenses de l'oreille des troubles de la vue, mais alors ils ne se produisent que du côté correspondant.

M. Brown-Séquard. — Les phénomènes du côté des sens ne sont pas rares à la suite des excitations du trijumeau : je crois que dans les observations de M. d'Arsonval le trijumeau est bien plutôt en cause que le nerf optique. Ces influences dynamiques sont loin d'être rares. On a vu la perte des sens du même côté provoquée par une irritation violente limitée au conduit auditif externe. (Soc. de Biol., séance du 23 juin 1888, d'après le *Bullet. méd.*)

Trois cas intéressants d'affection de l'oreille *(Three interesting cases of ear diseases)*, par le Dr James Minor.

Sous ce titre l'auteur rapporte trois observations. La première a trait à un nègre pris subitement de vives douleurs d'oreille, l'examen fit apercevoir au centre du tympan un pou énorme (*pediculus capitis*), une injection d'eau tiéde fit disparaître les symptômes douloureux en délogeant l'insecte.

Dans le second cas il s'agit d'une rupture du tympan consécutive à un coup porté sur l'oreille. La cicatrisation fut la conséquence d'un traitement approprié, l'ouïe revint mais légèrement diminuée.

Dans le troisième cas il s'agit d'un corps étranger de l'oreille (perle en verre) entouré de cérumen, dont la présence fut révélée par une vive douleur ressentie par la malade, fillette de onze ans, pendant un bain de mer, à la suite du choc des vagues contre l'oreille. (*Memphis médical Monthly*, février 1888.) Dr J. Ch.

Vers dans l'oreille *(A cases of maggots in the ear)*, par le Dr J. Pilley.

Le cas est assez rare pour être rapporté. Le malade, domestique, récemment arrivé des colonies, éprouvait dans l'oreille une assez vive douleur qui ne tarda pas à s'accroître. A l'examen on constate de petits corps blancs et allongés se mouvant dans l'oreille. Une injection les expulsa au dehors et permit de constater qu'il s'agissait de larves de la mouche commune (blow-fly). Le conduit et le tympan étaient légèrement congestionnés. On fit dans l'oreille une insufflation d'air et tous les symptômes disparurent. (*The Lancet*, 14 janvier 1888.) Dr J. Charazac.

Mutilation volontaire par perforation de la membrane du tympan, par le Dr Justin Karlinsky.

Karlinsky rapporte trois faits curieux de mutilations volontaires qu'il a eu l'occasion d'observer dans l'armée roumaine.

Dans le premier cas on trouva, à un premier examen, des traces de lésions traumatiques de la partie interne du conduit auditif (égratignures et sang); les symptômes fonctionnels

allégués n'étaient justifiés par aucune lésion ni de la membrane du tympan, ni de la caisse, ni de la trompe.

La simulation était fortement présumée; le sujet revint à plusieurs reprises à la visite présentant parfois des lésions inflammatoires du conduit auditif externe plus ou moins profondes, allant même jusqu'à la membrane tympanique. Enfin un jour le corps du délit fut trouvé dans les produits de sécrétion; c'était la tête d'une allumette phosphorique.

Dans ce cas il n'y eut pas de perforation ; mais dans le cas suivant elle fut obtenue, accompagnée d'une otite externe suraiguë, grâce à l'introduction, dans le conduit, de chaux vive à sec, mouillée ensuite. Dans les produits tirés du conduit on avait retrouvé des fragments de chaux.

Dans la dernière observation, une large perforation à bords renversés en dedans avait été produite par un fil de fer recourbé; il existait en même temps des éraillures des parois du conduit. Le sujet se servait habituellement de fil de fer pour se curer les oreilles, de sorte qu'il y eut un certain doute sur le point de savoir si la perforation était bien intentionnelle ou si elle avait été réellement accidentelle. *(Deuts. militärärzt. Zeitsch.*, 1888, 2, p. 66. et *Arch. de med. et pharm. milit.*, mai 1888.)

Deux cas montrant les effets de la compression des polypes dans l'oreille moyenne *(Two cases illustrating the effects of pressure from polypi in the middle ear)*, par le Dr J. Clarence Blake.

Premier cas. — Homme âgé de 45 ans est vu pour la première fois, il y a dix ans, avec deux polypes volumineux naissant de la paroi externe de la partie supérieure de la cavité tympanique, accompagnés d'un écoulement purulent qui datait de l'enfance et était survenu à la suite d'une fièvre scarlatine. Ces polypes furent enlevés facilement, l'écoulement cessa, et le malade fut perdu de vue pendant huit ans.

La récidive se produisit, le malade éprouva une sensation de plénitude dans l'oreille, des bourdonnements et un écoulement fétide, mais négligea tous ces symptômes jusqu'au jour

où il vit survenir de légers vertiges accompagnés d'une sensation d'engourdissement dans la moitié correspondante de la face. La nuit qui précède le jour où il vient se consulter, il a eu une attaque de vertige grave avec une paralysie faciale bien marquée.

L'examen montre la membrane du tympan détruite et une masse polypeuse naissant de la partie postéro-supérieure de la caisse du tympan. L'ablation de cette première masse permet d'apercevoir un polype plus volumineux comprimant l'enclume et la paroi interne et postérieure de la caisse. Ce second polype fut enlevé à l'aide de pinces recourbées. L'oreille fut ensuite lavée à l'aide d'une solution faible de bicarbonate de soude. L'injection donna issue à une grande quantité de matières caséeuses, de pus et d'épithélium macérés. L'oreille ensuite fut pansée avec de l'acide borique. Les vertiges disparurent immédiatement, et la paralysie faciale six heures après l'opération. Celle-ci reparut de nouveau un an plus tard, en même temps qu'un écoulement purulent de l'oreille, et cessa à la suite de l'extraction d'un nouveau polype.

Deuxième cas. — Il s'agit d'une femme âgée de 45 ans, qui depuis son enfance est atteinte d'une otorrhée consécutive à la scarlatine. Il existe une large perforation dans la moitié postérieure du tympan, et à travers cette perforation on voit sortir un polype muqueux naissant de la paroi externe de la portion supérieure de la cavité tympanique, en arrière de la tête du marteau. Ce polype fut enlevé à l'aide de pinces recourbées. Deux ans plus tard la malade revint se plaignant d'écoulement, etc., accompagné d'un léger vertige. L'examen démontra la présence d'un nouveau polype qui fut enlevé, et les symptômes disparurent. La malade resta trois semaines en observation. Trois mois plus tard elle revenait, l'écoulement avait de nouveau reparu, très abondant, accompagné de vertiges, de bourdonnements, de douleur de tête et de nausées. La surface du corps est chaude, le pouls faible, les traits tirés. La malade rapporte le siége de la douleur aux parties profondes de l'oreille correspondant à la région parié-

tale. Un polype plus volumineux et plus résistant que les premiers fut enlevé à l'aide des pinces, son volume égalait celui d'une sphère de 6 millimètres de diamètre. Après l'extraction de la plus grande partie de la tumeur les nausées diminuèrent et les vertiges furent notablement améliorés. Trois semaines plus tard la malade pouvait revenir chez elle, il existait encore un léger écoulement, mais le vertige avait disparu.

Dans les deux observations précédentes, une tumeur, située entre la paroi externe de la caisse et l'enclume, avait déterminé une compression du labyrinthe par la fenêtre ovale.

Dans le premier cas la tumeur comprenait aussi cette portion de la paroi qui sépare le canal facial de la cavité tympanique.

Gruber a démontré que dans certains cas la paroi osseuse séparant la caisse du facial fait défaut, ce qui permet d'expliquer comment la simple compression de la lame membraneuse qui la remplace suffit à amener une suspension momentanée dans les fonctions du nerf. (*Boston med. and Surg. Journal*, 16 février 1888.) GORHAM BACON.

Abcès du cervelet consécutif à une maladie de l'oreille *(Abcess of the cerebellum caused by disease of the ear)*, par le Dr J.-C. SMITH.

H. N., âgé de 15 ans, est atteint depuis l'enfance d'une otorrhée consécutive à la rougeole, qui a amené une surdité presque complète. Depuis lors il a éprouvé à diverses reprises de violentes douleurs de tête et, quand l'auteur le voit pour la première fois, il est en proie à une céphalalgie violente. Il a aussi un peu de fièvre, il est constipé et a perdu l'appétit, le pouls est lent. A la seconde visite il apprend que le malade a eu des convulsions.

Les oreilles sont examinées et le conduit auditif gauche est rempli de pus. La mère déclare que l'écoulement n'a pas cessé depuis que le malade a eu la rougeole et que rien n'a été tenté pour l'arrêter. Quelques jours plus tard l'enfant tomba dans le coma et la mort s'ensuivit.

Autopsie. — Le conduit auditif externe est rempli par une

matière purulente épaisse sanguinolente, la dure-mère est normale, sauf à la partie postérieure de la portion pierreuse du temporal gauche où elle est plus adhérente que de coutume autour d'une fissure de l'os. Cette fissure a un quart de pouce de diamètre et communique avec la cavité tympanique. Cette cavité est elle-même augmentée par l'usure progressive des tissus osseux. Le cerveau est normal, l'hémisphère gauche du cervelet est occupé par nn abcès considérable. (*Journ. of Amer. med. Association*, 18 février 1888.)

Dr GORHAM-BACON.

Des affections de l'oreille dans le « Railway-Spine » (*Uber Ohrerkrankungen bei Railway-Spine*), par le Dr BAGINSKY, de Berlin.

Les observations de l'auteur ont porté sur cinq malades atteints de névropathies consécutives à des accidents de chemin de fer et traités dans les cliniques des maladies nerveuses des professeurs Mendel et Eulenburg.

Ces cinq cas présentaient un grand nombre de caractères communs : aucun de ces malades, qui appartenaient tous au personnel des chemins de fer, n'avait remarqué antérieurement de troubles dans la fonction auditive. Tous se plaignaient principalement de surdité et en outre de bruits variés, bourdonnements, tintements, sifflements, etc.

La perception de la parole et des différents diapasons, aigus ou graves, était considérablement diminuée; la perception cranienne très amoindrie ou complètement disparue.

L'appareil transmetteur du son paraissait intact dans quatre des cas observés.

Le résultat du traitement fut nul dans tous les cas.

Se basant sur les faits qu'il rapporte et sur les travaux de Henrot, Skokalsky, Briquet, Desbrosse, Rabenau, Jolly, Urbanschitsch, Habermann, Ouspensky, Fulton, Lévi, Walton et surtout de Charcot, l'auteur discute la nature de l'affection. S'agit-il de simulation ; faut-il admettre un trouble hystérique, un trouble fonctionnel de l'audition occasionné par la peur ou s'agit-il de troubles organiques? Il rejette l'hypothèse de simulation et celle d'hystérie et conclut à l'existence de

troubles cérébraux sans exclure les lésions labyrinthiques concomitantes possibles.

L'apparition relativement tardive des accidents le fait pencher pour une lésion organique, pour un processus dégénératif causé par l'ébranlement. Il admet d'ailleurs, de la part des ouvriers de chemin de fer qui sont si sujets aux affections de l'oreille, une prédisposition particulière, Politzer ayant fait remarquer qu'un ébranlement même léger du crâne pouvait suffire à aggraver considérablement une affection de l'oreille moyenne. (*Berlin. Klin. Wochensch.*, n° 3, 1888.)

Dr Wagnier.

LARYNX ET TRACHÉE

Les fonctions de la luette et de l'épiglotte *(The fonctions of the uvula and epiglottis)*, par le Dr Scanes Spicer.

Dans ce travail l'auteur discute les opinions des divers auteurs sur le rôle de l'épiglotte dans la déglutition, la phonation, l'articulation, la respiration et les sécrétions. Il décrit ensuite une importante fonction qui paraît avoir échappé à tous les auteurs : c'est que la luette, pendant la respiratiou normale (respiration nasale) sert à conduire les sécrétions nasales et lacrymales sur la tonsille linguale où elles sont absorbées et pénètrent de nouveau dans la circulation. De l'amygdale les parties non absorbées s'accumulent dans la fossette glosso-épiglottique et de là dans les sinus pyriformes ou fossettes hyoïdiennes. L'auteur ensuite étudie les fonctions de l'épiglotte. (*The Lancet*, 31 mars 1888.) Dr J. Ch.

De la persistance des troubles phonétiques après l'ablation des végétations adénoïdes, par le Dr Cartaz.

Après avoir indiqué brièvement les symptômes des végétations, Cartaz insiste sur les troubles du côté de la prononciation : le langage est mort, le timbre de la voix est voilé, éteint; l'émission franche des nasales est difficile, les M et les N sont transformées en B, le malade dit : baba pour maman, et dez pour nez.

Ces troubles vocaux disparaissent en général, dès qu'on a rendu à la cavité pharyngo-nasale son calibre normal, dès qu'on a extrait ou détruit les végétations. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et Cartaz a constaté la persistance d'un nasillement assez prononcé chez deux enfants qu'il avait opérés avec la pince de Lœwenberg.

Il attribue ce phénomène à un certain degré de parésie musculaire du voile du palais, consécutivement à l'inaction due à la présence de tumeurs adénoïdes; il y a une sorte de déséquilibration de tension et de relâchement des muscles, un défaut de coordination.

Cartaz conseille en pareil cas la gymnastique vocale. On obtient des résultats rapides en donnant tous ses soins à la parfaite articulation des syllabes, à la lecture posée, à haute voix, lentement, en scandant bien les mots. Il attribue une grande importance à l'éducation par le solfège où les sons sont tenus un certain temps. Si ces moyens étaient insuffisants, il faudrait recourir à l'électrisation du voile. (*Archives de laryngologie*, déc. 1887.) J. JOAL.

Etude sur les paralysies des muscles du larynx,
par le Dr Fernand LUBET-BARBON (1).

L'auteur dans les premiers chapitres rappelle l'anatomie et la physiologie pathologique des muscles et des nerfs du larynx. Dans le second, consacré à la symptomatologie, il étudie : 1° les troubles de la déglutition dans les cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien; 2° ceux de la respiration, lors de la paralysie des muscles dilatateurs; 3° ceux de la phonation quand sont atteints les muscles constricteurs.

A la fin de son travail, il rapporte quinze observations de paralysies du larynx dont treize personnelles, et il termine par un index bibliographique un peu incomplet. En somme il nous résume simplement ce que nous savons sur ce sujet pourtant fécond, mais qui eût peut-être demandé à être traité d'une manière plus complète. (*Thèse de Paris*, 1887.)

(1) Paris, G. Steinheil, éditeur, 2 rue Casimir-Delavigne, 1887.

Observation d'un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique, par le Dr Bottey.

Malade de trente-six ans, hystérique, atteinte depuis dix-huit mois d'aphonie et traitée d'abord sans succès par l'hydrothérapie, l'électrisation faradique humide de la région laryngée et de la nuque. Au moyen d'un courant galvanique de faible intensité, appliqué sur les régions temporales, la malade est mise dans un état de somnambulisme imparfait, et l'auteur lui fait prononcer par injonction toutes les lettres de l'alphabet, puis des mots et des phrases; puis il lui suggestionne de continuer à parler; ce que fait la malade après son réveil.

Après cinq séances semblables, la voix laryngée était totalement revenue et d'une façon persistante. (*Société médico-pratique*, 28 novembre.) J. Joal.

Un cas de laryngite œdémateuse suraiguë (*A case of extremely acute œdematous laryngitis*), par le Dr Barcklay J. Baron.

E. N., âgée de trente ans, mère de 7 enfants, est admise à l'hôpital, souffrant d'une dyspnée très intense, faisant craindre une asphyxie prochaine. Rien à la gorge en dehors d'une légère congestion. Les poumons, les reins, le cœur, ne présentent rien de particulier. Au laryngoscope, on constate un œdème énorme de l'épiglotte obstruant presque complètement l'orifice du larynx. Au bout de quelques jours de traitement, cataplasme chaud sur le larynx, pulvérisation au benjoin (etc.), la malade était guérie.

L'auteur fait observer que ce cas est remarquable par la rapidité (trois heures) avec laquelle l'œdème est survenu en dehors de toute lésion du cœur, des poumons ou des reins. Il considère ce fait comme un cas d'œdème aigu idiopathique. (*Brit. Med. Journ.*, 17 décembre 1886). Dr J. Ch.

Cas de sténose laryngée avec articulation sonore (*A case of laryngeal stenosis with audible articulation*), par le Dr Carl Seiler.

Il paraît impossible de prime abord qu'un son articulé puisse se produire alors qu'il existe une sténose complète du larynx; il est en effet admis que le langage articulé est composé de

sons produits par les vibrations des cordes vocales. Carl Seiler cependant rapporte un cas de sténose complète du larynx dans lequel le malade pouvait émettre des sons articulés bien qu'aucune colonne d'air ne pût traverser son larynx. Nous résumons en quelques mots cette observation : D..., enfant de trois ans, présentait en 1881 des papillomes pédiculés paraissant insérés sur la corde vocale gauche ; il n'existait à cette époque aucune gêne respiratoire, et l'auteur conseille à la mère d'attendre que le malade soit plus âgé afin qu'on puisse pratiquer l'extraction par les voies naturelles, en l'engageant toutefois à le ramener si la dyspnée venait à se produire. En 1885, le Dr Seiler revoit l'enfant qui avait été trachéotomisé depuis un an déjà. Le larynx tout entier était rempli de papillomes, et la sténose du larynx absolue, et cependant l'enfant pouvait produire des sons articulés assez élevés et assez distincts pour pouvoir se faire entendre dans une chambre assez spacieuse. L'auteur put extraire du larynx les papillomes qui obstruaient la partie sus-glottique ; le traitement dura environ trois mois, et pendant ce laps de temps il put étudier suffisamment la méthode d'articulation adoptée par le jeune malade ; il donnait à sa cavité buccale la forme nécessaire pour la production de la voyelle à émettre et produisait un bruit de raclement en appliquant les côtés de la langue contre les dents inférieures, forçant l'air contenu dans la cavité pharyngienne à passer à travers la cavité buccale rétrécie. Pour les consonnes ouvertes B, P, S, T, etc., il les produisait en forçant l'air à passer à travers le canal rétréci, par un effort musculaire de la langue et des constricteurs du pharynx. Il ne pouvait produire les consonnes fermées, telles que M, N, H, etc., mais, après une courte pratique, l'oreille de l'auditeur y suppléait parfaitement.

Malgré l'extraction des papillomes, situés au-dessus de l'orifice glottique, la sténose persistait encore, et l'on dut inciser, au-dessus de la canule trachéale, la trachée et le cricoïde, ce qui permit d'enlever avec des pinces les papillomes qui remplissaient la cavité sous-glottique. Le malade guérit complètement. (*Philad. Med. Times*, 1er janv. 1888.)

Dr J. Ch.

Laryngotomie dans un cas de sténose laryngée, guérison (*Successful laryngotomy for laryngeal stenosis*), par le Dr Wise.

Le malade, âgé de trente-neuf ans, s'est enrhumé trois mois auparavant; sa voix rauque tout d'abord est devenue progressivement aphone. En même temps survenaient de violents accès de dyspnée qui sont devenus de plus en plus fréquents, la gêne respiratoire est permanente.

Au laryngoscope on trouve l'explication de tous ces symptômes. Les cordes vocales sont légèrement congestionnées et on constate un tubercule (?) aplati inséré à l'union du tiers postérieur avec le tiers moyen de la corde vocale gauche. Mais, ce qui frappe le plus, c'est la position des deux rubans vocaux qui sont en position vocale et paraissent en contact immédiat dans leur tiers antérieur. Toutes les parties voisines sont gonflées, en particulier les replis ary-épiglottiques; sur le repli gauche il existe des plaques grisâtres de la largeur d'un petit pois, mais on ne peut constater d'ulcérations. Le malade a eu la syphilis.

La laryngotomie intercrico-thyroïdienne fut faite *in extremis*, l'asphyxie était presque complète, et l'on dut pratiquer la respiration artificielle pour ranimer le patient. Quelque temps après l'opération, le traitement spécifique fut institué, l'amélioration ne tarda pas à se produire, et deux mois après la canule fut définitivement enlevée. (*The Lancet*, 17 mars 1888.)

Dr J. Ch.

Examen du larynx et du nez d'un lépreux, par le Dr Ruault.

Le début de l'affection remonte à huit ans, la face, les oreilles, les membres sont couverts de tubercules lépreux typiques et d'assez nombreuses ulcérations; le malade est âgé de trente-six ans.

Le nez dont la peau est couverte de tubercules brillants de couleur jaunâtre est affaissé. Vaste perforation de la cloison cartilagineuse; cornets inférieurs de chaque côté presque détruits et réduits à un bourrelet faisant très peu saillie sur la paroi externe de la fosse nasale. Cornets moyens, épaissis et formant des tumeurs rougeâtres qui commencent à se

creuser d'ulcérations superficielles. Le plancher est de couleur jaune sale ; l'odorat est aboli.

Les dents sont déchaussées à la région antérieure, les gencives ulcérées profondément ; la voûte palatine porte à son centre une ulcération ; sur la langue deux grandes ulcérations à gauche, près du bord de l'organe.

L'épiglotte est très épaissie ; elle porte sur la plus grande partie de son bord libre, des érosions mal limitées ou cratériformes ; les ligaments aryépiglottiques, la région aryténoïdienne, les bandes ventriculaires n'offrent pas des tuméfactions appréciables, ni d'ulcérations. Les cordes vocales ont perdu leur aspect nacré, elles sont jaunâtres et rugueuses, leurs bords libres sont serratiques. La motilité du larynx paraît diminuée mais non pas altérée, la voix est très rauque et un peu nasonnée. (*Arch. de laryngologie,* déc. 1887.) J. JOAL.

Tubage du larynx. — Asphyxie consécutive à l'obstruction du tube (*Intubation of the larynx. Asphyxia from obstructed tube*), par le Dr DEMING.

Il s'agit d'un enfant de deux ans, chez lequel le tubage avait été fait à l'aide d'un tube de O'Dwyer. Le tube, à un moment donné, fut obstrué par une matière blanchâtre, probablement du lait coagulé. L'asphyxie s'était produite et l'enfant paraissait mort; on put cependant le ranimer par la respiration artificielle. La dyspnée était telle que le tube dut être replacé. Le malade mourut quelques jours après de pneumonie (*Med. Record,* 18 février 1888.) Dr BRYSON-DELAVAN.

Un cas d'angiome du larynx (*A case of Angioma of the larynx*), par le Dr PERCY KIDD.

La tumeur fut observée chez une femme de cinquante ans environ : elle était de forme ovalaire imparfaitement trilobée de couleur rouge sombre ; elle s'insérait sur la partie antérieure de la corde vocale gauche par un pédicule rubané permettant quelques mouvements à la tumeur. L'ablation fut faite à l'aide des pinces à polypes de Mackenzie. Au micros-
med. la tumeur offre la structure des angiomes. (*The Brit.*
cope *Journ.*, 17 mars 1888.) Dr J. CH.

Du traitement de la tuberculose du larynx par le phosphate acide de chaux *(Die Behandlung der Kehlkopftuberculose mit phosphorsaurem Kalk)*, par le Dr Réthi, assistant à la polyclinique de Vienne.

A l'assemblée générale des naturalistes et médecins allemands de 1887, M. le professeur Schnitzler, traitant des nouvelles méthodes et des nouveaux médicaments appliqués au traitement de la tuberculose du larynx, parlait du phosphate de chaux qu'il avait expérimenté à l'exemple de Kolischer et Freund qui ont préconisé cet agent dans la tuberculose articulaire (1). Les résultats encore incomplets lui en avaient paru assez peu décisifs.

M. le Dr Réthi, assistant très distingué du professeur Schnitzler, rend compte des divers essais qu'il a faits avec ce médicament dans les diverses périodes de la tuberculose laryngée, après s'être assuré préalablement dans chaque cas de la présence des bacilles.

Il se servit de la solution primitivement indiquée par Kolischer :

Phosphate neutre de chaux, 5 gr.
Eau distillée, 50 gr.
Ajoutez peu à peu :
Acide phosphorique, Q S. jusqu'à solution parfaite.
Ajoutez ensuite :
Acide phosphorique dilué, 0 gr. 60.
Eau distillée Q S. ad., 100 gr.

On mettait également en contact avec ces ulcérations de la gaze imprégnée de cette même solution, mais dans laquelle on avait ajouté, non plus 0 gr. 60 d'acide phosphorique dilué, mais 6 gr.

Ces dernières applications se faisaient avec le cathéter de Schroetter, autour duquel on fixait la gaze ou avec l'aide d'un instrument particulier construit dans ce but. Les malades supportaient ces applications de 20 minutes, au début, jusqu'à une heure.

Les résultats des applications au pinceau ont été peu brillants ; en général, ils n'ont été appréciables que dans les

(1) Voyez no de janvier 1888, page 22.

cas très peu avancés et sur des sujets relativement vigoureux ; ceux de l'application de la gaze imprégnée ont été plus marqués, mais c'est surtout lorsqu'on avait pratiqué le traitement par la curette tranchante, préconisé par Héring (1), que ces applications ont paru constituer un traitement consécutif de nature à rendre plus complets les résultats de l'opération, sans cependant qu'on puisse jusqu'à présent leur attribuer une action beaucoup supérieure à celle de l'acide lactique, du bismuth, de l'acétate de plomb ou de l'iodoforme.

Le phosphate acide paraît donc à l'auteur mériter au moins l'un des premiers rangs parmi les agents du traitement local de la tuberculose, et il y aurait peut-être lieu, selon lui, d'expérimenter son action en injections interstitielles — après trachéotomie; — en attendant et pour se rendre compte de leur effet, dans la faible mesure où cela est possible dans ces cas, on pourrait employer ces injections lorsqu'on a pratiqué la trachéotomie pour obvier à la suffocation. (*Wiener Medizinische Presse*, 1887, nos 44 et 45.)

Dr Wagnier.

De la trachéotomie dans la phtisie laryngée (*On tracheotomy in laryngeal phtisis*), par le Dr Percy Kidd.

L'auteur rappelle les idées professées sur cette question par les principaux écrivains dont les uns, Mackenzie, Solis-Cohen, etc., n'admettent la trachéotomie dans la tuberculose que lorsqu'il y a danger immédiat de mort par sténose laryngée; tandis que d'autres, Larkowsky, Ripley et surtout Beverley-Robinson, la considèrent comme opération curative et recommandent la trachéotomie précoce.

Sur 4,000 tuberculeux inscrits à l'hôpital de Brompton en 4 ans, quatre seulement ont été trachéotomisés ; Percy Kidd rapporte sommairement leurs observations. Les résultats dans ces quatre cas furent loin d'être aussi favorables que ceux relatés par Moritz-Schmidt. Le premier malade mourut deux jours après, le second vécut trois mois, le troisième huit, et le quatrième mourut un mois après l'opération. L'auteur termine

(1) Voyez no de janvier 1888, page 21

son travail par une discussion des opinions des divers auteurs et des raisons émises pour ou contre la trachéotomie. Il conclut en adoptant la manière de voir de Solis-Cohen et de Mackenzie; c'est, je crois, la seule rationnelle, et on n'est autorisé à faire la trachéotomie dans la tuberculose que dans les cas de dyspnée grave accompagnant des lésions du poumon peu avancées. (*The Lancet*, 31 mars 1888.) D[r] J. Ch.

Une aiguille restée dix mois dans le larynx *(Eine Nähnadel zehn Monate lang im larynx)*, par le D[r] Vamossy, de Sechshaus.

Il s'agit d'un tailleur qui vint à l'hôpital disant qu'il avait avalé par mégarde une aiguille portant un bout de fil. L'homme toussait sans interruption et souffrait au niveau du cou.

Malgré la toux, on put, quoique avec beaucoup de peine, apercevoir sur le bord gauche de l'épiglotte un morceau de fil noir qu'on put saisir avec une pince et qu'on enleva, mais sans l'aiguille. Tout rentra néanmoins dans l'ordre, et ce n'est que dix mois plus tard que l'aiguille, toute rouillée, fut expulsée dans un effort de toux. *(Wien. med. Presse*, 1887, n° 52.) D[r] Wagnier.

Des rapports qui existent entre la laryngite striduleuse et l'asthme spasmodique des enfants.

Comme le fait remarquer M. Morton, ces deux affections débutent en général la nuit, ont une tendance marquée à reparaître plusieurs nuits de suite et attaquent de préférence le sexe masculin. Toutes deux disparaissent, le plus souvent, vers six ans, sont aussi communes en été qu'en hiver et s'accompagnent fréquemment d'un léger catarrhe bronchique ou gastrique. Aussi M. Morton pense-t-il que la laryngite striduleuse, l'asthme et la fièvre de foin ne sont que différentes manifestations du même processus morbide. M. C. West a observé que les enfants atteints de laryngite striduleuse dans leur jeune âge sont sujets à des accès d'asthme. M. Hughlings-Jackson attribue le spasme de la laryngite striduleuse à une irritation anormale de la moelle allongée et du pont de Varole. (Lettres d'Angleterre, in *Sem. méd.*, du 26 juin 1887.)

M. Natier.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Albertin. — De la tuberculose linguale (*Province méd.*, 2 juin 1888).

Andradas (G.). — La grenouillette (*El dictamen*, Madrid, 20 février 1888).

Beach (H.-H.-A.). — Cancer de la langue, extirpation complète sans effusion de sang (*Boston Med. surg. j.*, 1888, CXVIII, 374).

Beissel. — Ulcérations syphilitiques et mercurielles de la langue (*Monats. f. dermat.*, n° 6, 1888).

Bellamy. — Epithélioma du maxillaire supérieur (*The Lancet*, 2 juin 1888).

Bellamy. — Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (*Thèse Paris*, 1888).

Bellido (M.). — Urticaire et glossite paludéenne (*Cronica medica*, nº 51, mars 1888, p. 106).

Bellido (M.-T.). — Nécrose du maxillaire inférieur. Traitement. Guérison (*Cronica medica*, nº 51, mars 1888, p. 106).

Bleynie. — Traitement de l'angine couenneuse et du croup par la glace (*Echo médic.*, nº 28, 16 juin 1888).

Bleything. — Sarcome de la langue guéri par opération (*New-York med. journal*, 23 juin 1888).

Bergmann. — Fibro-lipome de la langue provenant du frein (*Freie Vereinigung der Chirurgen Berlins*, 4 juin; *Wien. Klin. Woch*, 1888).

Bouchet. — Mal de Pott rétro-pharyngien inférieur (*Soc. savantes, Loire méd.*, 15 mai 1888).

Bobone. — D'une forme d'amygdalite folliculaire, infectieuse, contagieuse (*Bollett. delle mal. della golla*, etc., an VI, nº 4, 1er juillet 1888, Florence).

Brandt. — De l'uranoplastie, staphylloraphie avec prothèse (*Verlag v. Aug. Hirschwald*, in Berlin 1888).

Brosin. — Langue noire (*Monats. f. prak. dermat.*, 1888, Appendix).

Brust. — Esquinancie (*Cincinnati Lancet clinic.*, 7 avril 1888).

Bulhôes. — Quelques réflexions sur le processus de la résection totale du maxillaire supérieur (*Brazil. med.*, 19 avril 1888).

Cardone (F.). — Observations cliniques et bactériologiques sur l'érysipèle primitif du pharynx (*Estratto dal Giorn. intern. delle scienze mediche*, anno X; *Napoli*, 1888).

Carle. — Résection du pharynx (*Actes de l'Acad. méd. Turin*, in *Riforma med.*, an VI, nº 15, Rome 1888).

Castel (Du). — De l'angine syphilitique précoce (*Soc. méd. des hôp.*, 8 juin; *Sem. méd.*, n° 24, 13 juin 1888).

Chaintre. — Epithélioma intra-labial siégeant sur la lèvre supérieure à peu près à égale distance du lobule et de la commissure droite. Tumeur non ulcérée, développée très probablement dans les glandes profondes de la peau (*Lyon médical*, 24 juin 1888).

Clarke. — Ligature d'une amygdale pour une hémorragie (*New-York med. journ.*, 7 juillet 1888).

Clellan. — Amputation de la moitié gauche de la langue pour un épithélioma (*The journ. of amer. Association, Philadelph. county med. Soc.*, 25 avril 1888).

Cooper (A). — Contagion de la syphilis par la salive (*J. of laryng. a. rhinol.*, juin 1888).

Coopmann. — Pyohémie à la suite de carie dentaire. Mort. Considérations sur la prophylaxie (*Berl. klin. Woch.*, nº 23, 4 juin 1888).

Croly. — Sarcome de l'amygdale (*Transact of. Acad. med. Ireland*, mars 1888).

Corminas (E.). — Guérison d'une énorme hypertrophie des amygdales par une angine scarlatiniforme (*Revista de ciencias medicas de Barcelona*, 10 mayo 1888).

Cutter. — Aliments et affections de la gorge (*Journal of laryng.*, nº 7, juillet 1888).

Déclat. — Cancroïde ulcéré à la langue guéri une première fois par le traitement phéniqué. Récidive après interruption de ce traitement, opération et mort (*La médecine des ferments*, n° 34, 1888).

Desmartin. — Pharyngo-tympanite (*Journal de médecine*, 24 juin 1888).

Farlow (J.-W.). — Hypertrophie du tissu glandulaire de la base de la langue. Observations (*Boston med. surg. Journ.*, 2 février 1888).

Fussel (M.-H.). — Valeur diagnostique du bacille de la tuberculose dans les crachats (*Proc. Phila. C. m. soc.*, 1887; *Phila.*, 1888, VIII, 90, 100).

Gache. — Traitement de l'hypertrophie amygdalienne par la thermo-cautérisation (*Th. de Paris*, 1888).

Garde-Soler. — Epithélioma de la lèvre inférieure (*Revista de sanidad militar.*, 15 julio 1888).

Gillot (d'Autun). — Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur séméiologique (*Union méd.*, 26 mai 1888).

Gleitsmann. — Hypertrophie notable de l'amygdale et de la langue (*Med. record*, 7 juillet 1888).

Grawitz. — Morbus maculosus de Werlof (*Greifswalder medic. Verein*, 3 mars; *Deuts. med. Woch.*, nº 26, 28 juin 1888).

Grubliam. — Traitement de l'amygdalite par le salicylate de soude (*Practitioner*, mai 1888).

Hall (Havilland de). — Amygdalite aiguë parenchymateuse, traitée par la cocaïne (*Clinic. soc. of London*, 11 mai; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Harris (Th.). — Destruction complète de la langue (*Manchester med. Soc.*, 2 mai; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Harrisson (D.). — Un cas de glossite aiguë (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 18).

Harrisson. — Angine goutteuse (*Medical news*, 16 juin 1888).

Heath. — Deux cas d'extraction de toute la langue pour un épithélioma, etc. (*The Lancet*, 23 juin 1888).

Herescu. — Uranoplastie (*Spitalul*, mai 1888).

Hillaby. — Traitement de l'amygdalite par le salyciiate de soude (*Pract.*, avril 1888).

Horowitz. — Traitement mécanique du psoriasis syphilitique de la muqueuse buccale (*Wien. med. Presse*, nº 42, 1887).

Inders (Oldambt). — Dysphagie provoquée par un morceau d'os (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, nº 25, 1888).

Jacquemard. — Note sur une petite épidémie d'angine observée dans une salle de l'Hôtel-Dieu (*Loire méd.*, 15 juin 1888).

Joachim (O.). — Contribution à la psychologie du voile du palais (*Zeitsch. f. Ohrenheilk*, Ba XIX, H. 1, juin 1888).

Kümmell. — Sarcome de l'amygdale (*Aerztlicher Verein in Hamburg*, 29 mai; *Münch. medic. Woch.*, nº 23, 5 juin 1888).

Larabrie (De). — Bec de lièvre compliqué (*Soc. anat. de Nantes*, 12 juin; *Gaz. méd. de Nantes*, 9 juillet 1888).

La Torre. — Hygiène de la bouche (*Bergame*, 1888).

Lazarus (A.). — Des fonctions sécrétoires des épithéliums des glandes salivaires (*Archiv. f. d. phys.*, XIII, 11-12, 1888).

Lediard. — Hypertrophie des amygdales (*Edimb. med. J.*, avril 1888).

Looten. — Calcul du canal de Warthon (*Bullet. méd. du Nord*, nº 5, mai 1888).

Lorentzen (L.) — Un cas de cancer de la langue (*Ugeskrift f. Laeger*, 1er juin 1888).

Marsh (H.). — Conditions de succès dans les opérations de la voûte palatine (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 7).

Morrison.— Cas de paralysie unilatérale de la langue consécutive à la lésion du nerf hypoglosse (*British med. journal*, 14 juillet 1888).

Oltuzewski. — Un cas de mycosis leptothrix du pharynx (*Gazetta lekarska*, nº 4, 1888).

Ouspenski. — Hypertrophie tonsillaire dans l'enfance, son importance et son traitement (*Ann. mal. de l'oreille, du larynx*, etc., juillet 1888).

Pancoast. — Amygdalite (*Med. Times*, 15 mai 1888).

Pasteur. — Abcès en dehors de l'amygdale chez un enfant, causant la dysphagie et la dyspnée, traité par opération par le cou (*The Lancet*, 14 juillet 1888).

Pel. — Hémiatrophie de la langue, démonstration à la *Nederlandsche Macho-Chappy Pot Bevordering der geneest* (*Weekbl., von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, nº 25, 1888).

Petczynski. — Pharyngite aiguë et desquammation générale de l'épiderme (*Gazetta lekarska*, nº 3, 1888).

Petersen. — Infection syphilitique extragénitale (*Monats. f. dermat.*, nº 7, 1888).

Phedran (Mc). — Tonsillite nécrosique (*Torento med. Soc., can. pract.*, juin 1888).

Physen. — Spasme glosso-labial hystérique (*Veekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, nº 25, 1888).

Piering. — Mikrophtalmie, microglossie, palatoschisis combinés (*Verhandl. aerzt. Gesells* in *Prag.*, 9 mars; *Berl. Klin. Woch.*, nº 27, 2 juillet 1888).

Pitts. — Kystes congénitaux de la bouche (*Brit. med. J.*, 3 mars 1888).

Poncet. — Adéno-chondrome volumineux du voile du palais. Mort par asphyxie (*Gaz. des hôp.*, 19 juin 1888).

Poncet. — Traitement chirurgical du cancer de la langue (*Province méd.*, 2-16 juin 1888).

Poncet.— Énorme sarcome de la langue (*Soc. nat. de méd. Lyon*, 14 mai 1888; *Lyon méd.*, 20 mai 1888).

Poncet. — Tuberculose de la langue (*Province méd.*, 2 juin 1888).

Portugalov. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales (*Med. Obo*, 1888, nº 1).

Ranke (H.). — Etiologie et anatomo-pathologie du noma gangréneux (*Jarbuch f. Kinderheilk.*, 1887).

Reclus. — Leucoplasie et cancroïdie de la muqueuse buccale (*Gaz. des hôp.*, 28 juin 1888).

Remak (E,). — Paralysie traumatique du sympathique, de l'hypoglosse et de l'accessoire (*Berl. Klin. Woch.*, 1888, XXV, 121, 125).

Rethi (L.). — Résection de l'apophyse styloïde du temporal pour cause de dysphagie (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 24, 18 juin 1888).

Robinson (B.). — Hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue (*N.-Y. med. rec.*, 4 février 1888).

Ruault (A.). — Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) (*France médic.*, n°s 65-66, 5-7 juin 1888).

Schwartz. — De la glossodynie et de son traitement par la cautérisation ignée (*Revue gén. de clin. et thér.*, 31 mai 1888; *Journ. méd.*, 20 mai 1888).

Schnitzler. — Emploi et action de la créoline dans les maladies de la bouche, du naso-pharynx et du larynx (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 27, 1er juillet 1888).

Schonhron. — Présentation d'un cas de sarcome des amygdales (*Kreisversammlung der Aerzte von Unterfranken in Wurzburg*, 14 juillet 1888).

Seitz. — Néphrite dans un cas de stomatite (*Correspond. f. schw. aerzte*, n° 22, 1887).

Smith (Cl.). — Excision de la langue (*South. Indian Branch.*, 13 janvier; *Brit. med. j.*, 19 mai 1888).

Smith (A.-H.). — Sur un sarcome de la bouche ayant amené la mort en trente-quatre jours (*The medic. analectic*, 10 mai 1888).

Société médicale de Lyon. — Tuberculome intra-lingual (*Lyon médical*, 3 juin 1888).

Stewart (R.-H.). — Un singulier cas de syphilis de la bouche (*Lancet*, 20 juin 1888, p. 1293).

Symonds (C.). — Epithélioma de la bouche; ablation de l'amygdale, d'une partie du voile du palais, du pharynx et de la langue (*Brit. med. J.*, n° 1433, 16 juin 1888).

Trélat. — Tumeur épithéliomateuse de la mâchoire inférieure (*Gaz. des hôpit.*, n° 68, 15 juin 1888).

Treves (F.). — Angiome de la bouche et de la langue (trois cas) (*Pathol. Soc. of London; J. of laryng. a. rhinol.*, juin 1888).

Wassilieff. — Où se produit le réflexe de la déglutition (*Berner Dissertation München. Druck von R. Oldenbourg*, 1887).

Weill (E.). — Traitement de la pharyngite chronique (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 3, mars 1888).

Weill. — Du traitement de la pharyngite chronique (*Med. korresp. bl. d. Würtemb. aerzt. Landesver*, 12, 1888).

Winternitz. — Statistique des affections de la langue (*Vierteljahrs. f. Dermat. u. syphilis*, H. 3, 1887).

Walsham. — Un cas de tumeur de la joue, etc. (*British med. journal*, 12 mai 1888).

Voss. — Becs de lièvre (*Tidsskrift for prakt. medic.*, p. 25, 1888).

Voss. — Fissure palatine (*Tidsskrift f. prakt. medic.*, 1er février 1888).

X... — Récente épidémie de maux de gorge à Edimbourg et ses relations avec le lait distribué (*Brit. med. J.*, n° 1432, 9 juin 1888).

X... — Des angiomes de la langue (*Paris médical*, 2 juin 1888).

X... — Traitement de l'angine tonsillaire des enfants (*Paris médic.*, n° 24, 16 juin 1888).

Nez et Pharynx nasal.

Ambrosio (D'). — Note sur la rhinoplastie (*La Medicina contemporanea*, an V, n° 2, Naples, 15 juin 1888).

Aronsohn. — Électrisation de l'olfactif (*Centralb. f. d. medic. Wissensch*, n° 20, 1888).

Bloch (E.). — Recherches sur la physiologie de la respiration nasale (*Ztsch. f. Ohrenheilk*, Bd. 18, t. 3 u. 4, juin 1888).

Bradburg. — Epistaxis (*The Lancet*, 19 mai 1888, p. 981).

Bresgen. — Instruments pour le nez et le larynx (*Therap. Monatsch.*, mars 1888).

Broich. — Embout nasal très simple, son emploi en thérapeutique (*Berl. Klin, Woch.*, n° 28, 1888).

Bronner. — L'ozène, sa nature et son traitement (*Med. Press. a Circ. London*, 1888, N.-S. XIV, 343-345).

Bronner. — Tumeurs rétro-nasales et leur relation avec les affections de l'oreille moyenne (*Bristish med. journ.*, 14 juillet 1888).

Campbell. — Electrolyse dans le traitement des néoplasmes du nez et du pharynx (*The med. record; Améric. med. Associat.*, *Cincinnati*, 8, 9 10 et 11 mai 1888).

Cardone. — Contribution à la nature parasitaire du coryza aigu (*Archiv. ital. di laryng.*, an VIII, fasc. 3, 1888).

Carpentier. — Quelques affections du naso-pharynx, leur nature et leur traitement (*Pract.*, avril 1888).

Clair (R.-W. St.). — Lipome du nez guéri par l'électrolyse (*Med. Brief.*, janvier 1888).

Gradle (H.). — Irritation morbide du nez (*Journ. amer. medic. Assoc.*, 12 mai 1888).

Echevarria. — De l'épistaxis (*El Dictamen*, Madrid, 29 février 1888).

Ernyée.— La térébenthine comme hémostatique dans les épistaxis persistantes (*Orvosi heti szemle*, Budapest, 1888, I. 353-356).

Figano. — Speculum nasi modifié (*Gazetta degli ospitali*, 15 juillet 1888).

Fox. — Catarrhe nasal et aprosexie (*The Lancet*, 12 mai 1888).

Garry. — Eternuement spasmodique (*British med. journ.*, 30 juin 1888).

Gaucher. — Epistaxis incoercibles (*Soc. med. des hôp.* in *Un. méd.*, 26 juin 1888).

Gaucher. — Epistaxis répétées chez un homme atteint de néphrite (*Bulletin médical*, 25 juin 1888).

Genth (C.). — Traitements de l'hay fever (*Brit. med. j.*, n° 1433, 16 juin 1888).

Getz. — Electrolyse comme premier agent dans l'enlèvement d'un néoplasme du nez et du pharynx (*Medical news.*, 2 juin 1888).

Groh. — Ecoulement de liquide cérébro-spinal par le nez (*Wien. med. Bl.*, 1888, XI, 264).

Gruhn. — Blennorrhée lacrymale dans les maladies du nez (*Münch. med. Woch.*, n° 207, 3 juillet 1888).

Hermet, — Cautérisation de la partie postérieure des cornets (*Soc. de l'Elysée*, février 1888; *J. of. Laryng. a Rhinol.*, juin 1888).

Howe. — Fibromes naso-pharyngiens (*Eclectic med. Journ.*, janv. 1888).

Ingals. — Fibrome naso-pharyngien (*The med. and surg. reporter*, 2 juin 1888).

Jarvis (W. C.). — Tumeurs vasculaires des fosses nasales; leur extirpation par l'anse froide. Observation (*Intern. journ. of surgery and antiseptiis* janv., 1888).

Jarvis. — Indications pour le traitement chirurgical de la déviation de la cloison, etc. (*Nev-York med journ.*, 7 juillet 1888).

Johnston. — Polypes muqueux (Spécimens histologiques présentés à la medico-chirurgical Soc. of Montréal (*Med. and surg. Journ.*, mars 1888).

Jones (E.-J.). — Corps étranger (*N.-Y. Med. Rec.*, 18 fév. 1888).

Judkin (S.-B.). — Procédé pour arrêter les épistaxis (*Med. Brief*, septembre 1887).

Kirmisson (pour **Ledru**). — Epthélioma du nez. Polype naso-pharyngien (*France méd.*, 14 juillet 1888).

Lavrand. — Polypes du nez (*Journal des Sciences méd. de Lille,* 6 juilliet 1888).

Lockwood (S.). — Pathologie du pollen en été ou asthme de foin (*J. N.-York Mer. Soc.*, 1888, IV, 99-105, 1 pl.).

Martin Pierre. — Contribution à l'étude des sinus frontaux (*Thèse Paris*, 1888).

Masini. — Calcul de la fosse nasale droite (*Gaz. degli ospitali*, 4 juglio 1888).

Mackenzie (G.-H.). — Lecture sur la rhinite chronique et ses suites (*Brit. med. J.*, n° 1433, 16 juin 1888).

Mollière. — Chirurgie du nez envisagée au point de vue esthétique (*Province méd.*, 26 mai 1888).

Moure (E.-J.). — Du coryza atrophique (ozène essentiel) (*Gaz. des hôp.* 3, 10 juillet 1888).

Netchaïeff. — Névroses réflexes d'origine nasale (*Bulletin méd.*, 8 juil. 1888).

Nikiforow. — Du rhinosclérome (*Archiv. f. experim. Pathol. u. Pharmakol.*, Bd, XXIV, 1888).

Nikitin (V.-N.). — Maladies des fosses nasales (Saint-Pétesbourg, 1888, 131 p. 8°).

Ottolenghi (S.). — Squelette et forme du nez chez les criminels, les épileptiques, et les crétins (*Archiv. di psichiat*, etc., Torino, 1888, IX. 3-28, 1 tab.).

Platt. — Fibro-adeno-enchondrome du naso-pharynx, etc. (*Médical news*, 2 juin 1888).

Pierre. — Quelques considérations sur la présence des larves de la Lucilia hominivora dans les fosses nasales (*Thèse Paris*, 1888).

Poltre (F.-H.). — Tuberculose du nez, de la bouche et du pharynx (*Buffalo med et surg. Journ.*, fév. 1888).

Reinhjer (Nymèges). — Arrachement du cornet moyen par suite d'extraction de polype muqueux au moyen du serre-nœud de Blake (*Weekbl. von stel Nederl. Fydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).

Rethi. — L'acide chromique, son emploi comme caustique dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx (*Paris médical*, 23 juin 1888).

Ricci (A.). — Des tumeurs adénoïdes du pharynx, considérées spécialement au point de vue de leur siège et de leur traitement (*Gazet. degli. osp.*, 30 mai 1888).

Richet. — Tumeur fongueuse des fosses nasales (*Le Praticien*, 9 juil. 1888).

Ringer. — Remarques sur l'éternuement paroxystique (*British med. Journ.* 23 juin 1888).

Roe (J.-O.). Hay fever, analyse de 44 cas traités par l'auteur et résultats du traitement (*Tr. Am. laryngol., Assoc*, 1887 ; *N.-Y* 1888, IX, 117-127).

Rosenthal. — Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux (*Thèse de Paris*, 1888).

Rumbold. — Fonctions de la membrane muqueuse du nez, de la gorge et des oreilles (*The med. and surg. reporter,* 5 mai 1888).

Sannes. — De l'application du menthol sur la muqueuse nasale (*Weekbl. von slet Nederl. Tydscher. voor geneest.*, nº 25, 1888).

La Sota (R. de la). — Corps étrangers des fosses nasales (*Gaceta de oftamologia y laryng.*, etc., juin 1888).

Smart's. — Note sur quelques formes de névroses respiratoires non décrites (*Edinburgh medical journal*, juillet 1888).

Soustre. — Sur un procédé opératoire des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal (*Thèse Paris,* 1888).

Thirifay. — Polype naso-pharyngien, résection temporaire de l'auvent nasal (*Acad. roy. de méd. de Belgique,* 20 mai 1888).

X... Inhalateur nasal et buccal (*Brit. med. J.*, nº 1433, 16 juin 1888).

X... — Speculum du nez (*Illustr. Monatsch. f. aerztl. Polytechnick.*, nº 2 1888).

X... — Rhinoplastie (*Brit. med. J.*, 17 mars 1888).

Watson. — Respirateur combiné pour le nez et l'oreille (*The Lancet,* 2 juin 1888).

Watson (Sp.-W.). — Un cas de rhinite chronique hypertrophique avec ronflements inspiratoires spasmodiques (*Med. press. and circular,* 12 oct. 1887).

Ziem. — Notice sur les opérations qui se pratiquent dans l'arrière-nez à l'aide du doigt (*Monats f. ohrenheilk.*, nº 5, mai 1888).

Ziem. — Du moyen le plus convenable pour ouvrir l'antre d'Highmore (*Therap. Monatsch.*, nºs 4 et 5, 1888).

Larynx et Trachée.

Abrath (G.-A). — Canules élastiques en argent dans la trachéotomie et le traitement de l'hémoptysie (*Med. Press a. Circ., London,* 1888, XIV, 308).

Aldabalde. — La trachéotomie dans l'esquinancie (*Archivos de medicina y cirurgia de los di niños,* 30 avril 1888).

Aronsohn (Ed.). De la pathologie de l'orifice glottique (*Deuts. med. Woch,* nº 26-27, 28 juin, 5 juil. 1888).

Aveilza. — Aphasie et aphonie traumatiques essentielles guéries par l'hypnotisme (*La cronica medica de Valencia,* avril 1888).

Baratoux. — Cancer du larynx (*Progrès médical,* 23 juin 1888) (suite et fin).

Baratoux. — Traitement palliatif de l'épithéliome du larynx et du pharynx par la teinture de thuya occidentalis (*Pratique médic.*, nº 21, 12 juin 1888).

Bardeleben, Bergmann, etc. — La maladie de l'empereur Frédéric III (*Deuts. med. Woch.*, nº 28, 12 juil. 1888).

Baümler. — Présentation d'un aphasique (13e réunion des névrologistes et médecins aliénistes du Sud-Ouest de l'Allemagne, 9, 10 juin (*Sem. méd.*, nº 24, 13 juin 1888).

Bennett (Eh.). — Rupture de la trachée avec fracture du sternum et des côtes (*Brit. med. j.*, 1888, 1, 537 et *Med. Press a. Circ,* 1888, vol. XIV, 376).

Beregszassy. — Noyau de cerise dans le sinus pyriforme droit ayant séjourné pendant un mois et présenté tous les symptômes d'une laryngite intense (*Intern. Klin. Rundschau,* nº 26, 24 juin 1888).

Beregszassy. — Morceau d'os enclavé dans la portion sous-glottique du larynx (*Intern. Klin. Rundschau,* nº 26, 24 juin 1888).

Bonome (de Turin). — Sur une forme insolite de tuberculose laryngée (*Echo méd.*, 7 juil. 1888, traduit de l'italien).

Bouchut. — Tubage du laryx (*France méd.*, 17 juil. 1888).

Brandsford. — Trachéotomie dans les empoisonnements par la morphine (*The journal of amer. Association*, 19 mai 1888).

Castex. — Diagnostic du cancer du larynx (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. anat.*, 29 juin 6 et 13 juillet 1888).

Cersoy. — De l'influence de la fumée du tabac sur les pneumogastriques (*Bulletin général de thérapeutique*, 30 mai 1888).

Chairman. — Paralysie diphtéritique (*Medical news*, 2 juin 1888).

Chambris (J.-W.). — Tubage du larynx (*Maryl. med. J.*, 4 fév. 1888).

Clemeska (J.-W.). — Un cas de trachéotomie dans la diphtérie; guérison (*Canad. med. a. surg. Journ.*, juin 1888).

Cristobal Garcia. — Traitement de l'angine diphtéritique par le sulfate de quinine et l'acide phénique (*La Andalucia medica*, 30 marzo 1888).

Dacre (J.). — Tubage du larynx (*Bristol med. chir. J.*, juin 1888, p. 73).

Darier. — Syphilis du larynx et pachydermie verruqueuse (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. anat.*, 29 juin, 6 et 13 juillet 1888).

Darier. — Syphilis laryngée, présentation de malade (*Journ. des connais. méd.*, 12 juillet 1888).

Dauchez. — Dangers et inutilité de la trachéotomie en un temps (*France méd.*, 26 juin 1888),

Denning (W.-C.). — Tubage du larynx; asphyxie par obstruction du tube (*N.-Y. med. rec.*, 8 fév. 1888).

Desvernine. — Etude critique et expérimentale sur la tension des cordes vocales (*J. of Laryng.*, n° 2, fév. 1888).

Drinkwater.— Trachéotomie (*Northumberland a. North. Durham medic. Soc. in J. of Laryng. a Rhinol.*, juin 1888).

Echberg (J.). — Deux cas de tubage du larynx (*Cincinnati Lancet clinic.*, 31 mai 1888).

Editor.— Question légale relative à l'intubation (*Cincinnati Lancet clinic.*, 25 fév. 1888).

Editor. — Opération pour résection du larynx. (*J. of. laryngol.*, may 1888).

Emmet (Th.-A.). — Trachéotomie sans canule (*N.-Y. med. J.*, 2 juin 1888).

Espissa y Capo. — Traitement des complications de la tuberculose laryngée et pulmonaire (*Revista med. y cir. Practicos*, 22 marzo, 22 avril et 22 mayo 1888).

Exner. — Remarques sur l'innervation du muscle crico-thyroïdien (*Archiv. f. d. ges. Physiol.*, Bone, 1888, XXII, 22-29).

Frank (E.). — Le rapport officiel sur la maladie de l'empereur Frédéric III (*Allgem. Wien. medic. Presse*, n° 29, 17 juil. 1888).

Frank (D.). — Cancer du larynx (*Brit. med. J.*, 19 mai 1888).

Gallina. — Trois cas divers d'angine catarrhale œdémateuse syphilitique (*Gaz. med.*, Turin, an. XXXIX, n° 16, Turin, 5 juin 1888).

Gardner (U.). — Cas d'extirpation totale du larynx pour un épithélioma (*The Lancet*, 23 juin 1888).

Garel. — Périchondrite spécifique simulant un œdème aigu du larynx et coïncidant avec un polype laryngé (*Ann. malad. de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, juin 1888).

Gerhardt, Bergmann, Schrœtter.— La maladie de l'empereur Frédéric III; contribution à la pathologie et à la thérapeutique du carcinome du larynx (*Intern. Klin. Rundschau.*, n° 29, 15 juil. 1888).

Gill (H.-T.). Rapport sur la trachéotomie (*Kansas City medic. Rec.*, déc. 1887).

Grant (D.). — Cancer du larynx (*Hunterian Soc.*, 25 avril; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).

Gottstein. — Traitement local de la tuberculose laryngée (*Bresl. Aerzt-Ztsch.*, n° 13, 14 juil, 1888).

Gouguenheim et **Tissier.** — De la phtisie laryngée pseudo-polypeuse (*Annmal. de l'or., du larynx*, etc., juillet 1888).

Guidi. — La gymnastique de la voix (*Typ. Fagnani*, Bergame, 1888).

Hawkins. — Corps étranger de la trachée (*The Lancet*, 26 mai 1888).

Hawley. — Blessure du cou et fracture de l'os hyoïde dans un accident de chemin de fer (*The Journal*, 16 juin 1888).

Hennig. — Tumeur tuberculeuse du larynx; laryngotomie (*Berl. Klin. Woch.*, n° 28, 1888).

Heymann. — Catarrhe hyperplasique du larynx (*Berl. med. Gesells*, 13 juin; *Deuts. med. Woch.*, n° 25, 21 juin 1888).

Hollinshead. — Périchondrite du larynx (*British. med. Journal*, 2 juin 1888 *Lancet*, 9 juin 1888).

Humrichouse (J.-W.). — Deux cas de tubage du larynx (*Maryland med. J.*, 3 mai 1888).

Hunter Mackenzie. — Cas d'extirpation endo-laryngée de tumeurs des cordes vocales (*Edimburg medical Journal*, juil. 1888).

Jacques. — Tubage du larynx dans le croup (*Paris méd.*, 2 juin 1888).

Jelenffy. — Contractilité électrique des muscles du larynx après la mort et de l' « ether-effect » (*Berl. Klin. Woch.*, n° 26, 25 juin 1888).

Johnston. — Tubage dans la diphtérie (*Medic. chir. Soc. of.*, Montréal, *Can. med. a. surg. journ.*, avril 1888).

Jones. — Intubation à la place de la trachéotomie (*Med. Register*, Phil., 25 fév. 1888).

Kaup (E.-A.). — Paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur, etc. (*Boston med. et surg. J.*, 19 avril 1888).

Kidd (Percy). — Paralysie complète bilatérale des cordes vocales à la suite d'une laryngite aiguë. Guérison (*Clinic. Soc. of. London*, 11 mai; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).

Kilner (W.). — Corps étranger dans la bronche droite (*The Lancet*, 23 juin 1888).

Knight (Ch.). — Affection maligne du larynx (*Medic. Analectic*, vol. V, n° 21, 24 mai 1888).

Knight (C.). — Cancer du larynx (*N.-Y. med. J.*, 2 juin 1888).

Krause (H.). — Troubles des fonctions du larynx dans les maladies du système nerveux central (*Journ. of Largng. et Rhin.*, n° 7, juillet 1888).

Krieg. — Rapport sur un cas de trachéocèle diagnostiquée par Norris Wolfenden (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 5, mai 1887).

Larauza. — Contribution à l'étude des manifestations laryngées du rhumatisme (*Revue gén. clin. et thérap.*, 21 juin 1888).

Le Dentu. — Trachéotomie et chloroforme (*Soc. chir.*, Paris, 29 mai 1888).

Le Dentu. — Extirpation totale du larynx (*Bulletin méd.*, 22 juillet 1888; *Soc. chir.*, 18 juillet 1888).

Leod (Mac. K.). — Trachéotomie (*Indian. med. Gazette*, juil. 1888).

Loewe (L.). — Sécrétions pathologiques du larynx enlevées au moyen d'injections forcées d'eau (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 5, mai 1888).

Luca (de). — Observations cliniques sur une forme peu ordinaire de gomme du larynx (*Typ. Galati,* Catane, 1888).

Luncewisch (M.). — Sténose de la trachée d'origine syphilitique (*Prat. kawkos med., ob.* n° 11, 1887).

Lewnox-Browne. — La cocaïne dans la trachéotomie (*Brit. med. J.*, 7 avril 1888).

Mader. — Chorée intermittente du côté droit avec faiblesse des extrémités à droite et trouble de la parole; guérison (*Bev. et K. K. Krankenast, Rudolph Stiftung in Wien.*, 1887).

Marshall-Cuwer. — Rapport sur un cas d'ablation du corps thyroïde occasionnant une sténose trachéale (*New-York med. Journ.*, 7 juin 1888).

Martel. — Du faux croup (*Revue intern. des Sc. médic.*, V. n° 4, 30 avril 1888).

Marty. — Lupus du larynx (*Thèse de Paris*, 1888).

Masini. — Traitement de la syphilis gommeuse du larynx par les injections intra-musculaires de calomel (*Gazetta degli ospitali*, 17-20-24 juin 1888).

Masini. — Sur la cure de la laryngite hyperplasique par le raclage, etc., (*Arch. of laryng. a rinol.*, fasc. 1-2, anno IV).

Masini. — Chordite hyperplasique nodulaire (*Gazzetta degli ospitali*, 11 juglio 1888).

Masseï (F.). — Croup ou corps étranger (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 6, an X).

Masseï. — Quelques indications du cathétérisme du larynx (*Arch. ital. di Laring.*, an VIII, fasc. 3, 1888).

Masucci. — Les troubles de la parole (*Arch. intern. de laring., rinol., otol.*, fasc. III, anno IV).

Meiser. — Extirpation des tumeurs endo-laryngées (*Inaug. dissertation*, Berlin, 1887).

Michael. — Sténose diphtéritique du larynx. Trachéotomie dans six cas (*Maryland med. Journ.*, 4 fév. 1888).

Michel. — Etude sur le traitement de la mort apparente des nouveau-nés et le tubage du larynx comme amélioration des procédés de respiration (*Thèse Paris*, 1888).

Minorici. — Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx (*Thèse Paris*, 1888).

Moll. — Tubage du larynx (Lettres de Hollande à la *Sem. méd.*, n° 28, 11 juil. 1888).

Molony. — Une aiguille avalée, traitement par l'acide hydrochlorique *British med. journ.*, 14 juil. 1888).

Monis (H.). — Deux cas de laryngotomie (*British. med. Journ.*, 21 avril 1888).

Morse (W.-H.). — La laryngectomie est-elle préférable à la trachéotomie? (*Med. et surg. Reporter*, 3 mars 1888).

Monod et Terrier. — Chloroforme et trachéotomie (*Soc. de chir.*, 6 juin, 1888).

Mynlieff. — L'histoire d'une trachéotomie (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).

Newman (D.). — Observations de sept cas de cancer du larynx (*Glasgow méd. J.*, fév. 1888).

Nunn. — Nécrose de la grande corne de l'os hyoïde et portions ossifiées du cartilage thyroïde, etc. (*Clin. Soc. of. London*, 11 mai; *Brit. med. J.*, 19 mai 1888).

Okell (J.-B.). — Trachéotomie pour tuberculose du larynx (*Prov. med. J.*, avril 1888).

Onodi (A.). — Contribution à l'étude de l'innervation et des paralysies du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk*, nº 4, avril 1888).

Ogston. — Tubage du larynx (*Brit. med. Journ.*, 9 juin 1888).

Paté. — Un caillou dans la trachée, mort (*Soc. méd. de Reims*, 18 avril 1888).

Paté. — Corps étranger de la trachée (*Soc. méd. Reims*, du 4 avril 1888 (*Union méd. du Nord-Est*, 15 mars 1888).

Pollak. — Contribution au diagnostic des formes précoces de la syphilis du larynx (*Monats. f. Dermat.*, nº 7, 1888).

Ramon de la Sota y Lastra. — De la conduite à tenir dans le tubage du larynx (*El siglo medico*, 24 juin 1888).

Rauzier. — Un cas de croup chez un enfant de trois ans, tubage, trachéotomie, etc. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, 26 mai 1888).

Reggiani. — Trachéotomie pour corps étranger du larynx (*Gaz. degli ospit.*, 27 mai 1888).

Reid. Un homme sans larynx (*The journal of amer med. Assoc.*, 30 juin 1888).

Robertson. — Langage réflexe (*J. ment. Sc. London*, 1888-89, XXXIX, 34-51).

Rothziegel. — Traitement de la phtisie pulmonaire et autres maladies de l'appareil respiratoire au moyen de certaines exhalations (*Wien. med. Bläter.*, 1887).

Rushmore. — Du traitement chirurgical de la laryngite pseudo-membraneuse (*The New-York med. journal*, 19 mai 1888).

Scheier (M.). — Cancer du larynx et résultats de son traitement (*Deuts. medic. Woch.*, nº 23, 7 juin 1888).

Schneider (O.). — Sténoses dues aux granulations qui se forment après la trachéotomie (*Bresl. aerzt. Ztsch.*, nºs 9, 10, 11, 12, 1888).

Schwarz. — Un cas d'aphonie réflexe (*Pest. med. chir. Presse*, Budapest, 1888, XXIV, 221-224).

Seifert. — De la trachéotomie dans la phtisie laryngée (*Kreisversammlung der Aerzte Unterfrank* in *Würzburg*, 14 juil. 1888).

Senac-Lagrange. — Des espèces laryngiennes physiologiques et pathologiques et de leur traitement général (*Annales des maladies de l'oreille, etc.*, nº 5, mai 1888).

Semon. — Transformation des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes (Lettres d'Angleterre, *Sem. méd.*, nº 28, 11 juil. 1888).

Serrand. — Du diagnostic précoce de la phtisie pulmonaire (Extrait du *journal de médecine de Paris*, 1888).

Shoemakers, — Toux réflexe (*The Polyclinic. Philad.*, juin 1888).

Simanowski. — Remarques laryngologiques pour l'année 1885-86 (*Wratsch*, nºs 49-52, 1887, et *Intern. centralb. f. Laryng., etc.*, nº 12, juin 1888).

Simpson (E.-C.). — Traitement de la toux réflexe (*Prov. méd. J.*, march 1888).

Simpson. — Tumeurs du larynx (*The British med. Journal*, 26 mars 1888).

Sojo. — La mort subite dans les affections laryngées (*Independencia medica de Barcelona* 1888).

Sokolowski.— Contribution à la statistique des polypes du larynx (*Gazetta Lekarska*, nº 9, 1888).

Srebruy. — Tuberculose pharyngée et laryngée, et nouveau mode de traitement (*Gaz. Lekarska*, n° 9, 1888).

Stoessef. — Plaie du larynx par arme à feu (*Ann. des mal. de l'or., lar., nez, etc*, juin 1888).

Sextor (L.). — Etiologie et traitement de la laryngite striduleuse (*Med. Brief*, mai 1888).

Shaw (D.-W.-E.). — Cinq cas nouveaux de tubage du larynx dans le cas de laryngite diphtéritique (*Cincinnati Lancet clinic.*, 3 mai 1888).

Sœrensen. — Division de la paroi postérieure de la trachée dans la trachéotomie (*Ugeskrift f. Laeger*, juin 1888).

Tamburrini. — La chorée du larynx (*Arch. ital. di Laring.*, an VIII, fasc. 3, 1888).

Terrier et Schwartz. — Nouvelle canule à trachéotomie (*Soc. chir.*, Paris, 13 juin 1888).

Teulière. — Des complications mortelles de l'adénopathie trachéobronchique (*Thèse de Paris*, 1888).

Thomsom (R.-S.). Un cas d'aphasie avec convulsions répétées localisées à la langue et au côté droit du frein (*Glasgow, M. J.*, 1888, XXIX, 177-192).

Trifiletti (A.). — Laryngosténose aiguë, trachéotomie, mort (*Arch. ital. de Laryng.*, an VIII, fasc. 3, 1888).

Tschudnowski (I.). — Quelques cas de sténose laryngée consécutifs à des périchondrites du larynx à la suite de la fièvre typhoïde (*Prot. kawkask med. obsch.*, n° 12, 1887 et *Intern. central. f. Laryngol., etc.*, n° 1, juil. 1888).

Uhler (J.-R.). — Trachéotomie et intubation (Cincinnati, *Lancet clinic.*, 14 janv. 1888).

Urañuela. — Polype laryngé très volumineux et de nature fibreuse occupant toute la région sus-glottique, etc. (*Revista de laringologia, otologia et rhinologia*, mai 1888).

Vierordt (O.). — Strume et laryngite hypoglottique combinées (*Beitr. Z. pathol. Anat. u. Klin. med. Leipzig*, 1887, 51-60).

Walker. — Papillome de la corde vocale gauche (*Edimb. med J.*, avril 1888).

Waxham. — Rapport sur le tubage (*The journal, of. am. med. Assoc.* 16 juin 1888).

Weirr (G.-C.-H.). — Œdème aigu de la glotte; tubage; guérison (*N.-Y. med. rec.*, 5 mai 1888).

Wilson. — Spasme congénital de la glotte (*Cincinnati Lancet clinic.*, 28 janv. 1888).

Winslow. — Trachéotomie dans la diphtérie. Trois cas (*Maryland. med. j.*, 4 fév. 1888).

Wise. — Trachéotomie suivie de guérison pour sténose du larynx. Enlèvement du tube après douze semaines (*Lancet*, mars 1888).

Witt (H.-H.). — Deux cas d'intubation suivis de succès (*Cincinnati Lancet clinic.*, 3 mai 1888).

Wolfenden (N.) et **Martin.** — Etude anatomo-pathologique (particulièrement en ce qui regarde les néoplasmes du larynx (*London J.*, A. Churchill, éd., 1888).

Wolfenden (Norris). — De l'extirpation du larynx (*J. of Laryng.*, n° 1, janv. 1888).

X... — Procédé de Hahn pour la résection du larynx (*J. of Laryng. and. Rhinol.*, n° 5, mai 1888).

X... — Un cas d'aphonie datant d'un an, etc (*Revue int. des Sc. méd.*, nº 4, 1888).

X... — La maladie de l'empereur Frédéric III (*Notizen. Wien. med. Presse*, nº 29, 15 juil. 1888).

Zemann (A). — Un cas d'angio-sarcome de la trachée (*Wien mediz. Presse*, nº 21, 20 mai 1888).

Oreilles.

Bacon (G.). — Erysipèle de la face consécutif à une otite (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H. 2; avril 1888).

Barclay. — Syphilide tuberculeuse du pavillon de l'oreille (*J. of cut. a. gen. urin. dis.*, mars 1888).

Barr (Th.). — Un cas d'abcès du cerveau ayant débuté par une affection de l'oreille; trépanation par le Dr Maceven; abcès du lobe temporo-frontal, évacuation; guérison complète (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H. 2, avril 1888).

Bargellini. — Des sympathies de l'oreille à l'état sain et pathologique (*Arch. intern. laring. ot. rinol.*, fasc. 1-2, anno IV).

Barth (A.). — Rapport sur la pratique et les progrès de l'anatomie et de l'histologie normales et pathologiques, ainsi que de la physiologie de l'organe de l'ouïe et du naso-pharynx dans le 2e semestre de l'année 1887 (*Ztschr. f. Ohrenheilk.*, 28 Bd, H. 3, u. 4, juin 1888).

Beerwald. — Appareil pour douche d'air (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 26 mai 1888).

Bezold. — Corps étrangers de l'oreille (*Berl. Klin. Woch.*, nº 26, 25 juin 1888).

Bezold (J.). — Appendice aux résultats statistiques sur la valeur diagnostique de l'épreuve de Rinne, etc. (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H., 3, u. 4, juin 1888).

Blau. — Otite due à l'infection (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3. u. 4, H, 26 mai 1888).

Boucheron. — La surdité paradoxale et son opération (*Acad. des sc.*, 9 juillet 1888).

Bourgougnou. — Corps étranger de l'oreille chez un enfant de quatre ans; symptômes ressemblant à ceux d'une méningite; extraction à l'aide d'une pince (*Gaz. des hôp.*, 3 juil. 1888).

Bœker (A.-R.). — Les Compagnies d'assurances sur la vie devraient-elles assurer les personnes qui sont atteintes d'inflammation chronique suppurée de l'oreille moyenne (*Cleveland med. Gaz.*, janv. 1888).

Bürkner. — Rapport sur les cas de maladies de l'oreille observés depuis le 1er janvier 1887 au 13 mars 1888, à la polyclinique de Göttingen (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).

Campbell. — Complications auriculaires de la fièvre scarlatine (*The physician* et *Surgeon, Soc.*, mai 1888).

Cleary (G.). — Abcès cérébral supposé, résultant d'une inflammation chronique suppurée de l'oreille moyenne (*Denver. med. Times*, mai-juin 1888).

Cotter. — Traitement préventif de l'otorrhée de l'oreille moyenne (*Southern. med. Record*, mai 1888).

Cozzolino. — Formulaire thérapeutique pour les maladie des oreilles, etc. (*Arch. intern. di laring., rinol., otol.*, fasc. 1-2, anno. IV, 1888).

Cozzolino. — Mastoïdites, etc. (*Bollett. delle malat. della gola*, Florence, an VI, nº 4, juil. 1888).

Cozzolino. — Troubles psychiques dans les maladies auriculaires (*Giorn. di Psichiatria*, an V, Naples, 1887).

Cozzolino. — Formulaire thérapeutique de la maladie des oreilles, etc. (*Arch. intern. di laring., rinol. otol.*, fasc. 1-2, anno IV).

D'Arsonval. — Surdité passagère produite par l'action de la lumière électrique sur la rétine (*Soc. de biol ; Tribune méd.*, 19 mai 1888).

Dayton. — Suppuration chronique de l'oreille (*Médical Times*, 15 juin 1888.)

Duplay. — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Arch. gén. de méd.*, mai et juin 1888).

Edgelou. — Le traitement des exostoses auriculaires (*British med. journal*, 23 juin 1888).

Edmunds (W.). — Remarques sur le diagnostic différentiel des affections intra-crâniennes secondaires et des maladies de l'oreille (*S.-Thomas's Hosp. Rep. London*, 1887, n. s. XVI, 247-252).

Eulenburg. — Electrode modifié pour l'oreille (et le larynx) (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 5, mai 1888).

Faugeman (C.-W.). — Mal d'oreilles (*Cincinnati med. J.*, avril, 1888).

Ferré. — Canaux de Jacobson du mouton (*Journal de médecine de Bordeaux*, 24 juin 1888).

Field (G.-P.). — Traitement des exostoses de l'oreille (*Brit. med. j.*, nº 1433, 2-16 juin 1888).

Field. — Cas de maladies de l'oreille (*Brit. med. j.*, nº 1432, 9 juin 1888).

Fitzgibbon. — Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde pour une inflammation s'étant étendue de l'oreille interne aux sinus et aux membranes du cerveau, etc. (*Tr. Acad. M. Ireland Dubl.*, 1887, v, 125-130).

Friedenberg (E.). — Trépanation de l'apophyse mastoïde (*N.-Y. med. Presse*, mars 1888).

Golscheider. — Réponse à l'article d'Urbantschitsch (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 26 mai 1888).

Goode. — Affections de l'œil et de l'oreille (*Cincinnati Lancet clinic.*, 2 juin 1888).

Grout. — De la migraine (dentaire), névralgie du trifacial, de son traitement et de celui de la névralgie sciatique par la névrotomie auriculo-temporale (section et cautérisation simultanées de l'anthélix, Rouen, 1887, Météree, 60 p., 3 tabl. in-8º).

Habermann. — Contribution nouvelle à l'anatomie pathologique de la tuberculose de l'organe de l'ouïe (*Verhandl. aerzt. Gesellsch.*, 2 mars ; *Berl. Klin. Woch.*, nº 27, 2 juil. 1888).

Hartmann. — Rapport sur la pratique et les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des affections de l'oreille dans la première moitié de l'année 1887 (*Ztsch f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H., 2 avril 1888).

Hassenplug (G.-K.). — Quelques observations pratiques d'ophtalmologie, d'otologie et de laryngologie (*Driwer. med. Times*, mars 1888).

Hessler. — Quatre cas de carie de l'oreille moyenne avec propagation au sinus transverse (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).

Heustson. — Hémorragie due à l'érosion de l'artère carotide interne gauche associée à une affection maligne du temporal, etc. (*The Lancet*, 26 mai 1888).

Jacob. — Exploration du conduit auditif et de l'oreille moyenne (*Thèse Paris*, 1888).

Joël (E.). — Atrésie congénitale de l'oreille (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, Bd 18, H., 3, u. 4, juin 1888).

Jones. — Progrès de l'otologie (Saint-Louis, *Courrier of médecine*, mai 1888).

Jones. — Syphilis de l'oreille interne moyenne et externe (*Saint-Louis Courrier of Medic.*, avril 1888).

Karlinsky. — Mutilation volontaire par perforation de la membrane du tympan (*Deutsch. militar. Aerzt. zeitsch.*, n° 2, 1888).

Kidd et **Taylor.** — Arrachement de tumeurs osseuses du conduit auditif externe (*The Lancet*, 2 juin 1888).

Kynaston (A-). — Réflexes auriculaires (*Lancet*, 20 juin 1888, p. 1327).

Lavrand. — Paralysie faciale complète d'origine intra-temporale, moins le filet de l'orbiculaire (*Journ. des sc. méd.*, Lille, 13 juillet 1888).

Lœwenberg. — Nature et traitement du furoncle, surtout dans l'oreille externe (*Deuts. med. Woch.*, n° 28, 12 juil. 1888).

Lewis. — Nécrose du labyrinthe et paralysie faciale (*North. Carolina med. journal*, mai 1888).

Lucæ. — Nouveau spéculum-auris et modification pratique pour le tenir à la bouche (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 25 Bd, H., 2, 16 fév. 1888).

Mahoney (J.-A.). — L'otophone, son histoire, description de ses différentes formes, etc. (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. 1, juin 1888).

Masini. — Sur la perception du son avec un diapason appliqué sur la mâchoire inférieure, etc. (*Bolletino delle mal. dell orec., etc.*, 1er juillet 1888).

Mastin. — Les injections nasales postérieures comme cause de maladie de l'oreille moyenne ; un cas remarquable (*The med. and. surgical reporter*, 12 mai 1888).

Masucci. — Contribution à l'étude des altérations qui peuvent simuler la maladie de Ménière (*Giorn. Intern. di Sc. med.*, an X, n° 5, Naples, 1888).

Moos (L.). — Recherches sur l'invasion du labyrinthe dans la rougeole (*Zts. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H., 2 avril 1888).

Neumann (J.-F.). — Etiologie de la marche du pus dans l'apophyse mastoïde (*Saint-Petersb. medic. Woch.*, n° 26, 25 juin 1888).

Orloff (L.-V.). — Trépanation du temporal pour thrombose du sinus transversal (*Vratch. Saint-Petersb.*, 1888, IX, 64, 1888).

Palhier. — Otite purulente, mal de Pott dorsal (*Soc. anat. clin.*, Lille, in *Journ. Sc. med. Lille*, 1888).

Pallin (R.). — Un cas de maladie de Ménière (Eira, Gœtebourg, 1887, XI, 683).

Perron. — De l'existence d'un tissu érectile dans la muqueuse de l'oreille moyenne (*Gaz. hebd. des scien. méd. de Bordeaux*, 27 mai 1888).

Perron. — Contribution à l'étude de quelques questions d'otologie (*Gaz. hebd. des sc. med. de Bordeaux*, 1er juillet 1888).

Pomeroy. — Remarques sur le diagnostic différentiel de certaines affections de l'oreille au moyen du diapason (*New-York med. journal*, 23 juin 1888).

Queely. — Corps étrangers de l'oreille ayant séjourné pendant cinq ans (*The Lancet*, 23 juin 1888).

Ring. — Résultats désastreux d'une nouvelle membrane artificielle du tympan (*Med. record.*, 30 juin 1888).

Roosa (J.). — Remarques cliniques sur l'affection de l'apophyse mastoïde et esquisse historique de l'origine des opérations y tentées (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H, 3, u. 4 juin 1888).

Rossi. — Essai de clinique spéciale chirurgicale (*Otoïatrie in typ. Pallotta*, Rome, 1888).

Rüdinger. — Anatomie et développement de l'oreille interne (*Monats. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1888).

Rüdinger. — Rôle des plaques nerveuses épithéliales des deux saccules pour la conduction du son dans le labyrinthe (*Gesells f. Morphologie u. Phys. zur München*, 25 mai, *Münch. medic. Woch.*, n° 28, 10 juil. 1888).

Siebenmann (F.). — Nouvelles recherches botaniques et cliniques sur l'otomycose (*Zeitsch., f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H 1, juin 1888).

Sieveking. — Arrachement de tumeurs osseuses du conduit auditif externe (*The British. med. journ.*, 26 mai 1888).

Smith (J.-H). — Quelques-unes des causes qui font échouer le traitement de l'oreille moyenne chronique suppurée (*Daniell's. med. Jour.*, avril 1888).

Stein (von). — La résorcine dans les maladies de l'oreille (*Med. Obozr. Mosk.*, 1888, XXIX, 66-72).

Stepanow (E.-M). — Contribution expérimentale à l'étude des fonctions du limaçon (*Monats f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1888).

Stone. — Exostoses éburnées enlevées du conduit auditif externe (Liverpool, *med. chir. journ.*, 1888).

Story (J.-B.). — Otomycosis aspergillina (*Tr. Acad. M. Ireland Dubl.* 1887, v. 262).

Swann (A.). — Corps étrangers de l'oreille remontant à dix-huit ans (*Lancet*, 7 juil. 1888, p. 16)

Szenes (S.). — Deux erreurs en otologie (*Allgem. Wien. mediz Ztg.*, n° 29, 17 juil. 1888).

Thiéry. — Fracture du rocher par arme à feu (*Soc. anat.*, 27 avril, 4 et 11 mai; *Bul. méd.*, du 20 mai 1888).

Toujan. — Obstruction de la trompe d'Eustache et, en particulier, de son traitement (*Thèse de médecine*, Montpellier, 1888).

Turnbull. — Traitement de l'inflammation aiguë et chronique de l'oreille moyenne (*New-York med. journal*, 23 juin 1888, et *Journ. of am. Associat.*. 6 juin 1888).

Turnbull. — Abcès de l'oreille et du cerveau (*Maryland med. journal*, 26 mai 1888).

Urbantschitsch. — Réflexions à propos de la critique de Goldscheider (25e Bd de ces Archives) sur mon article : *Influence de l'excitation du trijumeau, etc.* (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).

Vogan (N.). — Réflexes auriculaires (Lettres, *Lancet*, 7 juil. 1888, p, 49).

Voss. — Contribution à l'étude de l'otite moyenne scarlatineuse (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd 26, 3, u. 4, H., 24 mai 1888).

Walb. — Fistules de la portion supérieure du tympan (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, 26 Bd. 3, u. 4, H., 24 mai 1888).

Webster (D.). — Otite moyenne aiguë et mastoïdite, ouverture spontanée de l'apophyse mastoïde (*Ztsch. f. Ohrenheilk.*, 18 Bd, H. 2; avril 1888).

Zaufal (E.).— Coccus en chaînette de l'otite moyenne, affection qu'il détermine (*Prager med. Woch.*, nos 20-21, 16-23 mai 1888).

Croup et Diphtérie.

Adriani (Oldambt). — Cas de diphtérie avec croup diphtérique (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, nº 25, 1888).

Andersot. — Diphtérie laryngée ou vrai croup (*Maryl. med. J.*, 3 mai 1888).

Armand (J.-A.). — Traitement local de la diphtérie (*Med. Register Phil.*, 4 fév. 1888).

Arnozan. — Nouveau cas d'anesthésie chloroformique pendant une trachéotomie faite pour le croup (*Soc. méd. et chirur.*, in *Journal méd. de Bordeaux*, 22 juillet 1888).

Barbier (H.). — Etude clinique de l'albuminurie diphtéritique et de sa valeur sémiologique (Paris, 1888, 134 p., in-4º).

Baruch (S.). — Notes thérapeutiques sur la diphtérie et remarque spéciale sur la valeur de fortes doses d'huile de térébenthine (*N.-Y. med. rec.*, 24 déc. 1887).

Berentsen. — Résultats d'une diphtérie (*Medic. Revue*, 1878, p. 174).

Bond. — Diphtérie (*Med. Review.*, Saint-Louis, 7 janv. 1888).

Bolduc. — De la diphtérie et de son traitement (*Union méd. du Canada*, mai 1888).

Brouardel et du Mesnil. — Epidémies de diphtérie (*Soc. de méd. publ. et d'hyg. prof.*, 23 mai; *Bull. méd.*, nº 45, 6 juin 1888).

Boyd. — Quelques observations cliniques sur la diphtérie et la vératrine comme base du traitement (*The med. record.*, 9 juin 1888).

Bryhn. — La diphtérie sous des formes diverses (*Nordsk. Magazin f. Laegevidenskaben*, 1888, p. 386).

Cain (A.-R.). — Diphtérie (*Med. Register Philad.*, 21 janv. 1888).

Cane. — Rapport du goître avec l'insanité (*The Can. pract.*, mai 1888).

Casadesus (R.). — Le chlorydrate de pilocarpine dans le traitement de la diphtérie (*Revista di laring. otol., etc.*, nº 12, juin 1888).

Chapin (H.-D.) — Diphtérie. (*Baly hood*, mars 1888).

Chiari. — Un cas de sténose trachéale survenue sept ans après la diphtérie, guérie par le tubage (*Ann. mal. du larynx*, etc., juillet 1888).

Cluness (W.-R.). — Trachéotomie suivie de guérison dans la diphtérie (*Sacremento med. Times*, oct. 1887).

Cohrn (S.-S.). — Diphtéroïde de la gorge (*Archivs of Pediatrics*, fév. 1888).

Coutts. — Paralysie diphtéritique après un léger mal de gorge (*British med. journal*, 14 juillet 1888).

Crésantignes (De). — Propagation de la diphtérie (*Bulletin méd.*, 5 juillet 1888).

Davis. — Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie, etc. (*Thèse Paris*, 1888).

Downies (A.). — Diphtérie; ses manifestations sur la gorge (*Epidem. soc. of London Lancet*, 7 juil. 1888, p. 21).

Downies. — La diphtérie et ses rapports avec les maux de gorge (*British. med. journ.*, 21 juillet 1888).

Duncan. — Intubation dans la diphtérie (*Toronto med. Soc. the Can. pract.*, mai 1888).

Fisher. — Traitement de la diphtérie (*N.-Y. med. Rec.*, 18 février 1888).

Goldschmidt. — De l'emploi du perchlorure de fer contre la diphtérie (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 juil. 1888).

Gratia. — Diphtérie; présentation de la portion duodénale de l'intestin d'un enfant mort de la diphtérie (*La Presse méd. belge*, nº 24, 1888).

Griffiths. — Dix ans de diphtérie à l'hôpital Saint-Georges (*The Lancet*, 14 juil. 1888).

Hare. — Cinq cas consécutifs de trachéotomie pour diphtérie (*British med. journ.*, 14 juil. 1888).

Hatfield (M.-P.). — Peroxyde d'hydrogène comme topique local dans la diphtérie (*Archivs of pediatrics*, février 1888).

Hoffmann-Wellenhof. — Recherches sur le bacille de Klebs-Laffler dans la diphtérie et de son rôle pathogénique (*Wien. med. Woch.*, nºs 3-4, 1888).

Howard (R.-J.-B.). — Croup membraneux (pièces présentées à la *Med. Chir. Soc. of Montréal*, Canada; *Med. Chir. J.*, avril 1888).

Hughes (C.-H.). — Diphtérie (*Med Review*, Saint-Louis, 14 janv. 1888).

Huhnnan (A.). — Diphtérie (*Med Review*, Saint-Louis, 14 janvier 1888).

Jacobi. — Thérapeutique de la diphtérie (*The med. and surg. reporter*, 23-30 juin 1888, *Medical news*, 16 juin 1888).

Knaggs. — Les sulfureux dans la diphtérie (*Med. Bulletin*, mai 1888).

Kurchinski (V.-P.). — Traitement de la diphtérie et de l'angine (*Vratch.*, Saint-Pétersb., 1888, IX, 148, 182).

Latunre (J.-L.). — Diphtérie : observation (*Cincinnati Lancet clinic*, 4 février 1888).

Martino. — Laryngosténose diphtéritique, trachéotomie (*Ann. clinici degli incurabili*, an II, nºs 1 à 4, Naples, 1888).

Meursinge. — Du croup et de son traitement par suite de quelques trachéotomies (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr, voor geneest.*, nº 25, 1888).

Minnich. — Le croup; ses relations avec la diphtérie (*Wien. med. Klin.*, 1888, H. 2 u. 3).

Minnich (F.). — Le croup; sa localisation dans la diphtérie (*Wien. Klin.*, 1888, XIV, 31-112, 2 tab.)

Ninni. — Un cas de croup trachéo-bronchial (*Arch. intern. di Sc. med.*, an. X, nº 4, Naples, avril 1888).

O'Dwyer. — Discussion sur la diphtérie et le tubage du larynx (*New-York med. journal*, 30 juin 1888; *Med. news*, 8 juin 1888).

Palardy (J.). — Quatrième étude sur le traitement de la diphtérie; procès de la cautérisation (*Union méd. du Canada*, Montréal, 1888, II, s. 11, 175-180).

Panne. — Trachéotomie dans le croup avec chloroforme (*Thèse Paris*, 1888).

Parks. — Le mercure dans la diphtérie (*The Lancet*, 26 mai 1888).

Pearse. — Aspirateur pour les membranes dans la diphtérie après la trachéotomie (*Brit. med. Journ.*, 9 juin 1888).

Peters. — Bacilles encapsulés trouvés dans les membranes de plusieurs cas de diphtérie de l'homme (*Berl. Klin Woch.*, nº 21, 21 mai 1888).

Postri (W.). — Diphtérie (*Med. Review*, Saint-Louis, 14 janv. 1888).

Sanderson. — Les principes et la pratique du traitement local de la diphtérie (*Brit med. Journ.*, 28 avril 1888).

Schmitz (J.-J.). — Marche de la diphtérie (*Cal. Medic. J.*, janv. 1888).

Talles (C.-W.). — Un cas de paralysie diphtéritique grave (*Weekly med. Review*, Saint-Louis, 3 déc. 1887).

Thompson. — Paralysie diphtéritique (*The journal of Am. med. Assoc.* 16 juin 1888).

Vilato. — Dysphonie. Paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue et parésie générale des muscles volontaires à la suite de la diphtérie. Traitement par la suggestion hypnotique. Guérison (*Gaceta medic.*, Catal., 19 mars 1888).

Von Anrooy (Rotterdam). — Des anomalies pathologiques de la cavité nasale et pharyngienne (*Weekbl. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, nº 25, 1888).

Watkins (L.). — Contagion de la diphtérie (*Cal. med. J.*, fév. 1888).

Ziemssen. — Des paralysies diphtéritiques et de leur traitement (*Klin. Vortræge*, 6, Vg., IV. Nervensystem, Leipzig, F. C. Wogel, 1887).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Audebert. — Thyroïdite aiguë typhoïde et kyste hématique du corps thyroïde. Ponction simple. Guérison (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 juillet, 1888).

Barbot (Alex.). — Du traitement de la coqueluche par les insufflations intra-nasales de poudres antiseptiques (Paris, 1888, 54 p., 4º, nº 62).

Barton (J.-M.). — Epithélioma de l'œsophage; gastrotomie, mort (Philad., *Med. Times*, 1887-88, XVIII, 422, et *J. amer. med. Assoc.*, Chicago, 1888, 517).

Berg. — Deux cas de gastrotomie (*Sevenska Lækare Sallskapets Forhandlingar*, p. 140, *Hygiea*, juil. 1887).

Broadbent. — Rapport sur le myxœdème (*The Lancet*, 2 juin 1888).

Clutton. — Un cas d'œsophagotomie pour extraction d'un palais artificiel. Guérison. Réflexions (*Lancet*, 7 juillet 1888, p. 16).

Chrétien. — De la thyroïdectomie (*Thèse Paris*, 1888).

Davezac. — Coqueluche et pulvéris. phéniquées (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 juin 1888).

Davis (P.). — Dilatation graduelle des rétrécissements de l'œsophage (*The med. record et American med. Association*, 8, 9, 10 et 11 mai 1888).

Decressac. — Kyste hydatique du corps thyroïde; présentation de malade (*Journal des connais. méd.*, 12 juil. 1888).

Dennetières. — Lymphadénomes multiples de la région du cou (*Journal des sciences méd. de Lille*, juil. 1888).

Desvernine. — Corps étranger de l'œsophage. Œsophagotomie externe (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, junio 1888).

D'Heilly. — Le traitement de la coqueluche (*Revue génér. de clin. et thér.*, nº 21, 31 mai 1888).

Dubousquet-Laborderie. — Coqueluche et antipyrine (*Bull. génér. thérapeut.*, 15 mai 1888).

Dunster. — Proposition d'organisation d'une Société anglaise de laryngologie et de rhinologie dans la Grande-Bretagne (*The med. record*, 9 juin 1888).

Epstein (M.-J.). — Un cas de goître traité par l'électro-puncture (*Saint-Louis Courrier of med.*, oct. 1887).

Fasano. — Leçons sur les maladies de l'œsophage (*Archiv. internaz. de laryng. rinol., etc.*, fasc. 1-II, anno IV).

Franck (R.). — Rétrécissement de l'œsophage. Dilatation après gastrotomie (*Anzeiger*, n° 31, 1887).

Frew. — Œsophagotomie pour extraire un corps étranger (*Annals of surgery*, mai 1888).

Fronmy. — Cas de fistule bronchique (*Archiv. med. belges*, mai 1888).

Galli. — Contribution clinique expérimentale à la chirurgie de l'œsophage (*Gaz. med de Turin*, an XXXIX, nos 17, 18, 19, 1888).

Gaultier. — De la cachexie thyroïdienne dans la maladie de Basedow (*Lyon méd.*, 27 mai 1888).

Harrison. — Un cas de noyau de prune logé dans la bronche droite (*British med. Journal*, 23 juin 1888).

Hendrix. — Triple affection simultanée : coqueluche, diphtérie et varicelle; guérison (*Journ. de méd., de chir. et de pharmocol.*, n° 10, 1888).

Hodenpyle. — Epithélioma de l'œsophage (*Med. record*, 30 juin 1888).

Holt. — Usage de l'antipyrine dans la coqueluche (*New-York med. journ.*, 7 juil. 1888).

Iversen-Axel. — Résection du pharynx et de l'œsophage (*Nord. medic. Arkiv.*, vol. XIX, 3, 1887).

Jaccoud. — Goître exophtalmique (*Gaz. méd.*, Paris, 19 mai 1888).

Jouliard. — Du cancer de la glande sous-maxillaire (*Union méd.*, 29 mai 1888).

Kurella. — Maladie de Basedow et peau bronzée (*Centralb. f. d. med. Wissensch.*, Berl. 1888, XXVI, 129).

Kœhler (M.). — Carcinome de l'œsophage (*Cincinnati Lancet clinic.*, 10 mai 1888).

Le Dentu. — Tumeur thyroïdienne (*Soc. de chir. de Paris*, 13 juin 1888).

Lée. — Toux, coqueluche (*The Lancet*, 2 juin 1888).

Le Serrec de Kervily. — Contribution à l'étude de la toux dans la coqueluche (*Thèse Paris*, 1888).

Lewis. — Œsophagotomie pour extraire une brosse à dent (*New-York med. journal*, 30 juin 1888).

Leyders. — Traitement du rétrécissement de l'œsophage (*Kongress f. inn. medicin*, 9-12 avril; *Beilage zum centralblatt f. klin. medic.*, 1888, n° 25, p. 33).

Manasse. — Du myxœdème (*Berl. Kl. Woch.*, n° 29, 16 juil. 1888).

Mason. — Tumeur maligne du corps thyroïde (*Brooklyn med. journal*, mars 1888).

Mayer. — Action de l'icthyol (*Berl. Klin. Woch.*, n° 29, 16 juillet 1888).

Mosler (Fr.). — Du myxœdème (*Deuts. med. Woch.*, n° 21, 24 mai 1888).

Moure. — Tumeur du corps thyroïde (*Soc. de méd. de Bordeaux*, in *Journ. de médecine de Bord.*, 1er juil. 1888).

Munk. — Recherches sur le corps thyroïde (*Sitzungsberichte der Kônig. Preus. Akademie der Wissens zu*, Berlin, 1887).

Murrel (J.-C.). — Un cas de goître traité avec succès (*California medic. j.*, oct. 1887).

Nicaise. — Gastrostomie dans le cancer de l'œsophage (*Académie de méd.*, 18 juil. 1888).

Orcel. — Hétérotaxie splanchnique totale avec persistance du thymus (*Lyon médical*, 3 juin 1888).

Patterson. — Tumeur de la parotide (Glasgow, *Med. J.*, avril 1888).

Péan. — Du morcellement appliqué à l'ablation des tumeurs (*Gaz. hôp.* 17 juil. 1888).

Pepper. — Tuméfaction de la glande thyroïde, etc. (*Philadelphia medical Times*, 15 juin 1888).

Pernet. — Gros calcul salivaire (*Bull. méd. des Vosges*, avril 1888).

Pic (A.). — Un cas de cancer du corps thyroïde avec cancer secondaire des muscles soléaire et jumeaux (*Lyon médical*, 1er juil. 1888, p. 307 et 314).

Posthuma (Amsterdam). — Des fumigations sulfureuses dans la coqueluche (*Weekblad. von slet Nederl. Tydschr. voor geneest.*, n° 25, 1888).

Rafin. — De l'emploi de l'acide lactique dans le traitement de certaines ulcérations tuberculeuses de la peau et des muqueuses (*Lyon médical*, 8 juillet 1888).

Rendu (H.). — Un cas d'aortite aiguë guérie par l'iodure de potassium (Goître exophtalmique de cause iodique.) (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 23, 7 juin 1888).

Rollet (E.). — Note sur deux cas de cancer du corps thyroïde à forme suraiguë (*Gaz. méd. de Paris*, 19-26 mai 1888).

Shattock. — Sarcome récidivé du thyroïde combiné avec une hypertrophie du lobe accessoire du thyroïde (*Lancet*, 7 avril 1888.)

Sherry (H.-C. Mac). — Symptômes extraordinaires consécutifs à l'application locale de la cocaïne (*Maryl. med. J.*, 24 mai 1888).

Shoemaker. — Toux réflexe de l'accouchement (*The med. and surgical reporter*, 9 juin 1888, et *New-York med. journ.*, 23 juin 1888).

Ssemtschenko (D.-G.). — Des bactéries de la coqueluche (*Saint-Pétersb. Medic. Woch.*, nos 22-23, 28 mai, 4 juin 1888).

Stocks. — Forceps œsophagien (*Brit. med. J.*, 25 avril 1888).

Sœderbaum. — Un cas de lymphangiome kystique congénital du cou (Eira 1887, p. 483).

Thomson, Stowart, Affleck. — Myxœdème (Edimb., *Med. Journ.*, avril 1888.)

White. — Simple coup d'œil sur les variations microscopiques du corps thyroïde humain (*Lancet*, 17 mars 1888).

Wright (G.-A.). — Œsophagotomie pour extraire un ratelier (*Manchester med. Chronicle*, déc. 1887).

X. — Injection de teinture d'iode dans les goîtres kystiques (*Soc. de méd. de Strasbourg*, 5 avril; *Gaz. méd. de Strasb.*, n° 6, 1er juin 1888).

Zuccaro. — Thyroïdectomie expérimentale (*Gaz. degli ospit.*, 10 juin 1888).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

DES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr **Henri GUINIER**, agrégé de la Faculté de Montpellier.

La question de l'emploi des *sulfureux*, et en particulier des *eaux sulfureuses pyrénéennes* dans la *tuberculose du larynx*, étant en ce moment à l'étude parmi les laryngologistes, il paraît convenable que chacun, dans la mesure de ses observations, apporte les documents utiles qu'il possède.

M'occupant activement moi-même de laryngologie depuis 1860, c'est-à-dire depuis la première apparition du laryngoscope en France, membre actif de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, et de la *Revue mensuelle de Laryngologie*, vétéran de plus d'un quart de siècle de la médecine thermale de Cauterets, la grande station sulfureuse pyrénéene où se rendent en si grand nombre, chaque été, les maladies chroniques les plus variées et les plus graves du larynx, je puis et je dois apporter mon contingent personnel d'expérience spéciale; et peut-être intéresserai-je les lecteurs de la *Revue* par la nouveauté des aperçus et l'encouragement réel que je donne au traitement de la maladie la plus désespérante pour le clinicien.

La question des *sulfureux* et des *eaux sulfureuses* n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire à un premier et superficiel examen.

Le *soufre* et ses composés pharmaceutiques ont des applications sans analogie avec celles des eaux dites *sulfureuses*, notamment avec celles des *Eaux sulfureuses des Pyrénées*, et tout particulièrement enfin avec celles des *eaux sulfureuses de Cauterets*, plus spécialement visées dans les communications précédentes (*Revue mensuelle de Laryngologie*, n° 6, 1888).

Il existe, sur ce sujet complexe et fort mal connu, de véritables légendes.

Or, je le demande immédiatement, si ceux-là même qui observent sur place, auprès des fontaines sulfureuses, ont tant de difficulté à débrouiller le problème, quelle autorité peuvent bien avoir, sur une question aussi spéciale, ceux qui n'ont même pas encore mis le pied dans une station sulfureuse pyrénéenne?

Ces faits sont le résultat de la pauvreté des publications contemporaines sur les eaux sulfureuses, et surtout peut-être de l'abus que l'on fait de quelques écrits de valeur, visant telle station ou telle source déterminée, et que l'on a le tort d'appliquer à l'histoire médicale de *toutes* les sources sulfureuses indistinctement.

Parmi ces écrits, ceux des frères Bordeu, dans le siècle dernier, et ceux de Pidoux, dans l'ère contemporaine, ont servi de thème à la plupart des livres et des brochures qui inondent depuis vingt ans la presse médicale et dont la majeure partie, hélas! a été écrite plutôt pour recommander ou faire connaître le nom de l'auteur à son arrivée dans la station où il aspirait à se créer une clientèle productive, que pour apprendre quelque chose de vraiment scientifique au public médical.

Dans l'étude des *eaux sulfureuses*, on s'attache surtout à l'action du *soufre* qui sert à les caractériser; et la plupart des *Manuels* ou *Dictionnaires* d'eaux minérales ont contribué à répandre cette prévention mal fondée. Mais il faut bien le dire, l'*odeur* du soufre que présentent ces eaux singulières a suffi pour les faire nommer *sulfureuses* et pour leur conserver empiriquement cette dénomination qui n'a aucune base scientifique. De là, une classification déplorable, qui confond ensemble des médicaments thermo-minéraux naturels, souvent sans la moindre analogie d'action.

« La source de nos erreurs, dit Condillac (*Essai sur l'origine de l'entendement humain*), est dans l'habitude où nous sommes de raisonner sur des choses dont nous

n'avons pas d'idée, ou dont nous n'avons que des idées *mal déterminées.* »

Les analyses chimiques démontrent bien cependant que le *soufre* est loin de prédominer dans la composition des eaux dites *sulfureuses;* et la clinique thermale constate, à son tour, que, dans la même station, ce ne sont pas toujours les sources les plus sulfureuses qui sont les plus stimulantes de l'innervation; elles y sont quelquefois, au contraire, les plus *sédatives.*

Depuis 1714 jusqu'à nous, Borie, Bordeu, Labaig, de Secondat, Thierry, Castetbert, Poumier, Longchamp, Anglada, Fontan, Orfila, Latour, Boulay, O. Henri, Balard, Béchamp, O. Réveil, Filhol, Garrigou, Duhourcau, Byasson frères, se sont successivement occupés de l'analyse chimique des *eaux sulfureuses de Cauterets.*

On y a signalé tour à tour :

Les *acides :* sulfhydrique, chlorhydrique, sulfurique, silicique, phosphorique, borique, iodhydrique, fluorhydrique, carbonique;

Les *bases :* soude, potasse, magnésie, chaux, oxyde de fer;

La lithine, l'albumine, le fer, le manganèse, le nickel, le cobalt, le cuivre, le plomb, l'arsenic, l'antimoine, le mercure, le zinc, le brome, l'azote, et enfin le *soufre* à l'état de monosulfure alcalin.

Toutes les eaux sulfureuses de Cauterets sont alcalines. Cette alcalinité paraît due à la fois au principe sulfureux à réaction alcaline, et aux carbonates et silicates à réaction également alcaline.

Or, il faudrait savoir, pour chacune des sources employées, sous quelle forme, en quel état de composition ou de combinaison isomérique, sous la double influence du calorique et de l'électricité, ces substances si multiples et si diverses sont absorbées par nos tissus, agissent sur nos organes sains ou malades, sur nos fonctions à l'état physiologique ou à l'état morbide : — autant de problèmes jusqu'à présent enveloppés de la plus complète obscurité.

Dès lors, comment pouvoir énoncer cette étonnante affirmation, que les *eaux sulfureuses* agissent par le *soufre* qu'elles contiennent ; et le soufre, pris à l'intérieur, même à faible dose, étant un *excitant* très énergique, *toutes* les eaux sulfureuses sont *excitantes* et *congestives ?* (*Revue mensuelle de Laryngologie*, 1888, p. 358).

S'il est vrai que le *soufre* a des propriétés manifestement *excitantes*, ce n'est pas par leur *soufre* qu'agissent les eaux sulfureuses de Cauterets, par exemple, puisque la plus sulfureuse de toutes, le *Petit Saint-Sauveur*, est manifestement *hyposthénisante, calmante, antiphlogistique*, tout comme l'eau *sulfureuse* de *Saint-Sauveur-de-Luz* si réputée par son action *sédative*.

« Il est à remarquer, dit Filhol, que le bain de Saint-Sauveur est plus riche en sulfure de sodium que celui de la Reine, à Luchon. » Ainsi il contient pour 300 litres 6 grammes 300 de sulfure, et celui de la Reine 5 gr. 875 ; cependant le premier *calme*, tandis que le second *excite*.

Ce qui n'empêche pas Constantin James, après avoir cité dans son *Guide pratique des Eaux minérales* (1860, 4e éd., p. 79) la remarque de Filhol ci-dessus mentionnée, de soutenir cette opinion fantaisiste, puisqu'elle est en contradiction avec les faits, que l'action *excitante* des Eaux sulfureuses pyrénéennes est proportionnelle à leur principe sulfureux (p. 79 et *passim*).

Pour rester dans le sujet, et sans sortir de l'importante station thermo-sulfureuse de Cauterets, il est urgent de faire ressortir que parmi les *onze* sources si remarquables qui alimentent ses huit établissements thermaux, et dont chacune jouit d'une antique et fort légitime réputation pour les maladies chroniques les plus dissemblables, il n'y a guère que la fontaine *Raillère* qui présente une action thérapeutique spéciale, vraiment élective, en quelque sorte spécifique, sur le *larynx* et ses maladies chroniques, la *tuberculose* comme les autres.

Et comment attribuer au *soufre* la prépondérance dans l'action salutaire si singulière de cette eau minérale

contre les lésions laryngiennes, alors que cette eau contient à peine *seize milligrammes* par litre (ou mille grammes) de monosulfure, tandis que l'eau de la buvette de *César*, à Cauterets, en contient *vingt-trois* milligrammes, et celle des *Espagnols*, *quinze* milligrammes, et que nos tuberculeux ne consomment que *cinquante* à *cent* grammes par jour, en boisson, de cette eau de *Raillère*.

Or, si dans la seule station thermale de Cauterets il n'y a guère qu'*une* source sur *onze*, applicable à la *phtisie du larynx*, comment pouvoir confondre, en tant que moyens curateurs de la tuberculose laryngée, toutes les sources sulfureuses connues et les jeter dans le même sac thérapeutique sous la dénomination commune de *sulfureux* ? Serait-il donc indifférent d'envoyer un tuberculeux à l'une quelconque des stations thermales sulfureuses connues ou même à l'une quelconque des sources sulfureuses de ces stations thermales, en admettant que l'indication des *sulfureux* fût admise dans son cas ? Poser la question en ces termes, n'est-ce pas en faire toucher du doigt toute la difficulté ?

On ne saurait donc se servir des mots *sulfureux*, *eaux sulfureuses*, dans la thérapeutique de la *tuberculose du larynx*, sans y apporter les plus larges restrictions, — encore moins envisager le *soufre* comme le principal ou unique agent d'action des eaux (dites *sulfureuses*) dont la réputation contre les lésions chroniques du larynx s'appuie sur des milliers de faits publiquement observés, — proscrire enfin ces eaux minérales de la thérapeutique des maladies chroniques du larynx, à cause de la prétendue action excitante et congestive de leur *soufre*, quels que soient sa dose, son état isomérique, ses combinaisons, ses antagonistes neutralisants, dans le médicament thermal utilisé.

Ainsi limité, le champ de l'observation scientifique devient singulièrement précis ; et il n'est plus permis,

par exemple, de placer parmi les *sulfureux* l'eau dite *sulfureuse* de la *fontaine Raillère*, à Cauterets.

Dans toute cette immense cacophonie de thérapeutique hydro-minérale *sulfureuse*, il est une expression dont on abuse souvent en l'appliquant sans discernement à toute action curative par les eaux sulfureuses pyrénéennes, c'est le mot *excitation* et l'idée qui s'y rattache.

« Un grand nombre d'erreurs et la plupart des disputes, dit Locke (*Essai sur l'entendement humain*), proviennent de l'abus que nous faisons des *mots* et de la mauvaise signification que nous lui attribuons. »

De ce que le *soufre* est un *excitant*, de ce que les sources les plus réputées des Pyrénées sont appelées *sulfureuses* , de ce que ces eaux *stimulent* le plus souvent l'organisme et provoquent de la part des *réactions* salutaires qui ne sont que la mise en jeu de la *force médicatrice*, on ne veut voir que de l'*excitation* dans toute action thérapeutique thermo-sulfureuse naturelle, demandée aux sources des Pyrénées.

On confond ainsi *l'excitation congestive*, véritable acte morbide, avec la simple *stimulation* qui n'est qu'un acte physiologique; et cette confusion empêche de voir des phénomènes tout à fait distincts, des plus intéressants à observer, et expliquant très bien les erreurs commises, les déplorables résultats quelquefois obtenus, et les interprétations qui peuvent en résulter.

Donnons quelques exemples justificatifs.

De ce que *certaines* sources sulfureuses pyrénéennes agissent électivement sur la peau et produisent la *poussée*, les uns se sont imaginé, d'après les excellentes descriptions données de la *poussée* par les observateurs sagaces qui l'ont étudiée directement dans son lieu d'origine, dans son domicile réel, que *toute* cure thermo-sulfureuse pyrénéenne devait, pour guérir son malade, produire également la *poussée*. — Première et grave erreur qui a

entraîné pas mal de méfaits dans la pratique thermale de quelques débutants naïfs.

De ce que *certaines* sources sulfureuses pyrénéennes réveillent des actes pathologiques assoupis par la chronicité, provoquent un état morbide aigu, opèrent, dans quelques cas déterminés, une stimulation congestive, laquelle, poussée jusqu'à l'abus, devient une véritable *excitation*, analogue à *la poussée*, mais s'adressant plutôt aux organes et appareils du centre qu'à l'appareil périphérique ou cutané, et traduisant son degré d'action favorable par un mouvement fébrile réel, *fièvre thermale*, les autres se sont imaginé, d'après les excellentes descriptions données de la *fièvre thermale* par les observateurs sagaces qui l'ont étudiée directement dans son lieu d'origine, dans son domicile réel, que *toute* cure thermo-sulfureuse pyrénéenne devait, pour guérir son malade, produire également une *fièvre thermale*. — Deuxième et plus grave erreur qui a entraîné pas mal de méfaits dans la pratique thermale de quelques autres débutants naïfs.

De ce que Pidoux a écrit, après l'avoir nombre de fois observé, que l'*hémoptysie thermale* est commune aux *Eaux-Bonnes*, mais qu'il n'y a pas lieu de s'en effrayer même chez les tuberculeux, on s'est généralement imaginé que l'*hémoptysie* était la suite obligée de toute cure thermo-sulfureuse pyrénéenne, chez toute poitrine délicate, et l'on a, par exemple, tenu éloignés de Cauterets des hémoptoïques qui y auraient vu tarir leur crachement de sang (comme j'en possède de nombreux exemples dont quelques-uns ont été publiés), et des tuberculeux chez lesquels on redoutait de provoquer des congestions hémorragiques sur les poumons, et qui en auraient, au contraire, prévenu, par une sage cure thermale, la funeste possibilité.

En 1871, Armieux (de *Barèges*) a écrit un excellent chapitre sur l'action des eaux minérales sulfureuses

pyrénéennes et sur celle des eaux de *Barèges* en particulier.

Les grandes analogies, on pourrait même dire la similitude, qui, en bien des points, confondent l'action thérapeutique spéciale de Cauterets et de Barèges, — analogies et similitude signalées par tous les auteurs expérimentés et d'une autorité compétente, dès les écrits les plus anciens (1714 à nos jours) sur cette si remarquable région hydro-minérale des Pyrénées, — donnent une grande valeur aux observations d'Armieux par rapport à ce qui s'observe également à Cauterets.

Armieux distingue soigneusement, et en praticien consommé, la *stimulation physiologique* et l'*excitation pathologique*.

Pour moi, comme pour Armieux, les eaux *sulfureuses* de la région Barèges-Cauterets ne sont *excitantes* et *congestives* qu'entre les mains de ceux qui ne savent pas s'en servir. La *stimulation physiologique* par les eaux de Cauterets, et en particulier par la fontaine *Raillère*, réveille les fonctions générales de nutrition, affaiblies par la dyscrasie ou diathèse, préside aux crises salutaires qu'on observe si fréquemment pendant les cures thermales bien conduites, et dont les plus communes se traduisent par des modifications de quantité ou de qualité, dans les urines, les sueurs ou les crachats. C'est la *stimulation physiologique*, qui, poussée à son summum, produit, chez les baigneurs, ces lassitudes, ces courbatures, ces maux de tête légers, ces embarras gastriques embryonnaires, ces irrégularités des selles (diarrhée ou constipation), ces agitations nocturnes, ces insomnies insolites, etc., dont ils se plaignent si fréquemment, et qui cèdent toujours à une courte suspension de la cure thermale, avec ou sans addition de quelques émollients ou antispasmodiques légers.

Ces incidents de réaction *physiologique* doivent être surveillés de près. Poussés trop loin, ils peuvent devenir

pathologiques, et alors ils rentrent dans l'*excitation pathologique* qui doit être absolument évitée.

C'est à l'expérience et à la sagacité du médecin thermal à savoir maintenir cette *stimulation* dans la limite thérapeutique.

A Cauterets, ces phénomènes de stimulation se manifestent aussi particulièrement sur les organes malades.

Chez les *rhumatisants,* ce sont de légères douleurs, soit dans la partie précédemment atteinte, soit ailleurs (sources du *Bois,* des *Espagnols*, du *Pré*).

Dans les *maladies du foie*, ce sont des sensations de pléthore dans l'organe hépatique (sources de *Mauhourat*, *César*, *Raillère*).

Dans les *maladies des reins*, ce sont des dépôts divers charriés par les urines (source de *Mauhourat*).

Dans les *maladies de l'estomac* et de l'*intestin*, ce sont des modifications évidentes dans les digestions et dans la fonction stercorale (sources *Mauhourat*, *César*, *Raillère*).

Dans les *maladies de poitrine*, ce sont des changements très appréciables dans la toux et dans l'expectoration (sources *Raillère*, *Mauhourat*).

Dans les *maladies du larynx*, enfin, ce sont des transformations de couleur et d'aspect de la muqueuse intralaryngienne dont le laryngoscospe permet de suivre chaque jour les progrès (sources *Raillère*, *Mauhourat*).

Mais, dans tous ces cas si divers, tout se borne à des phénomènes de *stimulation physiologique* à tendance manifestement *favorable*.

A Cauterets, l'*excitation pathologique* n'est jamais la conséquence d'une cure thermale bien disciplinée ; elle provient toujours de l'abus des eaux ou de leur application intempestive ou maladroite ; elle est aussi le plus souvent la conséquence des excès, des imprudences ou de l'indocilité des clients.

A Cauterets, la *poussée*, la *fièvre thermale*, l'*hémoptysie thermale*, n'existent pas dans les cures thermales bien dirigées. Quand elles se produisent, elles sont un *accident*

et non un *procédé thérapeutique*. Elles sont toujours dues à un état pathologique provoqué par l'abus des eaux, les écarts de régime, les influences climatériques ou l'indocilité des baigneurs.

Le contraire ne saurait être que des exceptions.

A Cauterets, les meilleures cures se passent sans tumulte, sans réaction tapageuse, dans le silence de l'économie (Bordeu). Toutes les cures thermales, instituées pour combattre une maladie chronique grave de la poitrine et du larynx, une dyscrasie maligne telle que la *tuberculose,* sont dans ce cas. Le médecin thermal s'y attache à *discipliner* la rénovation nutritive, résultat envié de toute cure importante. En réparant la misère physiologique de l'organisme, cette *rénovation nutritive* de l'individu donne aux tissus malades une puissance de vitalité capables de résister à l'infection bacillaire; elle *stérilise* le terrain organique qui devient réfractaire au développement et à la prolifération du bacille.

Or, il est d'observation que cette *rénovation nutritive* obtenue par la cure thermale de Cauterets (c'est-à-dire, en d'autres termes, le retour à la santé), s'opère mieux et plus sûrement, dans le calme d'une élaboration médicatrice naturelle et doucement progressive, que dans le tumulte d'une bataille thérapeutique chanceuse qui laisse malheureusement quelquefois après elle des morts et des blessés.

La stimulation générale nerveuse, il faut le répéter avec insistance, — quelquefois la stimulation locale, comme dans la phtisie laryngée, — est nécessaire, utile; mais elle doit rester modérée. Elle doit être *maniable*, rester à la discrétion du médecin thermal, comme un train lancé soumis à la main du mécanicien. Poussée trop loin, elle s'émancipe rapidement; elle peut alors se transformer en *excitation*, et donner lieu à des phénomènes congestifs surtout dans la tuberculose du larynx, difficiles à régler et susceptibles de devenir dangereux.

Savoir rester dans de sages limites! C'est là le secret du

praticien le plus heureux dans les cures thermales dont la direction lui est confiée.

On arrive ainsi à se convaincre que les eaux sulfureuses de Barèges et de Cauterets aboutissent en définitive à de la *sédation* et non à de l'*excitation*, quand elles sont maniées avec prudence et sagacité.

Que penser, après ce court exposé, des cures thermales de tuberculose laryngée, dans lesquelles la boisson des sources les moins spéciales est mêlée sans discernement ni méthode à une action topique violente par la pulvérisation, le humage, les gargarismes quotidiens, à des bains minéraux, à des douches; et tout cela utilisé sans règle, sans surveillance médicale, avec cet empirisme naïf que chacun répudie, mais que tout le monde emploie plus ou moins par imitation, ou par simple complaisance pour les exigences irréfléchies des malades?

Observons d'ailleurs que l'*abus des eaux*, par exemple, varie nécessairement avec chaque individu.

Tel abusera des eaux avec la moitié de la dose d'action nécessaire à la cure de son voisin.

L'abus des eaux est donc en rapport direct avec l'impressionnabilité nerveuse, avec le plus ou moins de résistance à l'action thermo-minérale. L'âge, le sexe, la race, le tempérament, l'idiosyncrasie du baigneur, son état de santé, le degré et la nature de sa maladie, la spécialité de la lésion anatomique, sont autant d'éléments à considérer dans la mesure de l'action thermo-minérale à développer au cours d'une cure thermale.

D'où il résulte que l'*abus des eaux* n'est pas tant dans la *dose* de l'eau sulfureuse, employée en boisson ou autrement, que dans la manière d'en *manier* l'action thérapeutique au cours d'une cure thermale.

Il ne suffit pas de s'installer dans une station thermale réputée pour y devenir, du soir au lendemain, un clinicien consommé, pour y acquérir le droit et l'autorité d'y formuler des lois ou d'y affirmer une opinion expéri-

mentale légitime. Ce n'est pas celui qui parle le plus haut et le plus fort qui mérite toujours d'être le mieux écouté.

A Cauterets, par exemple, la médecine thermale est, à mon avis, la plus difficile de toutes. Elle exige la notion bien complète des lois naturelles, hygides et morbides, qui régissent l'organisme humain, la connaissance approfondie de la pathogénie des maladies chroniques, de leur marche, de leurs métamorphoses et, surtout, de leurs terminaisons, soit par une solution spontanée, soit par une évolution thérapeutiquement provoquée. — J'ai mis moi-même, depuis 1862, de longues années à débrouiller le chaos de l'application des nombreuses et importantes fontaines médicinales de Cauterets à la cure des maladies chroniques si multiples et si variées qui viennent, tous les ans, leur demander un soulagement et, plus souvent qu'on ne pense, une véritable guérison.

Je confesse en toute simplicité mon incapacité. . relative, mon insuffisance et ma paresse d'esprit; mais, arrivé à Cauterets dans ma virilité médicale, avec un bagage scientifique lentement acquis dans les concours pour l'enseignement supérieur des Facultés de Médecine, dans des cours publics divers, longtemps professés à Montpellier, dans les services hospitaliers dont j'ai eu la direction, je puis affirmer que j'ai mis le plus grand zèle à étudier sur place le difficile problème, alors tout nouveau pour moi, de la thérapeutique thermale, spéciale à Cauterets. J'y étais d'autant plus intéressé que j'avais à en faire usage pour ma propre santé, fort avariée à cette époque lointaine. Une importante clientèle m'a permis, dès l'origine de ces études, des observations comparatives fort instructives. J'ai sans doute commis moi-même, mais j'ai vu aussi commettre autour de moi pas mal de fautes. N'est-ce pas ainsi que se forment les bons médecins? Mais j'en suis arrivé certainement à mieux voir et à mieux pratiquer. En tout cas, je ne crois pas avoir encouru le

reproche d'avoir écrit trop tôt ou d'après des jugements prématurés.

Que le lecteur me pardonne de me mettre ainsi en scène. J'y suis bien obligé, puisque je suis en contradiction avec des confrères distingués, sur des interprétations malheureusement trop répandues parmi ceux qui vivent éloignés des thermes sulfureux pyrénéens et qui ne les connaissent que de seconde main. (*A Suivre.*)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU MUTISME HYSTÉRIQUE

par M. **NATIER**, Interne des hôpitaux, chef de clinique laryngologique. du Dr E. J. Moure (Suite et fin.) (1).

Obs. LVII (E. Marcel et G. Marinesco, *Archives roumaines de méd. et de chir.*, extrait, Paris, 1887). — F..., quarante ans, hystérique avérée, est traitée par l'hypnotisme. Après une attaque de sommeil provoqué ou spontané, elle est invariablement atteinte de mutisme qui, après une durée de une à deux heures, se dissipe en laissant après lui une aphonie persistante et variable quant à l'intensité. Dans ce cas, il semble aux auteurs que le trouble laryngé, s'irradiant par voie centiprète au centre du langage articulé, provoque le mutisme et, de la sorte, de même que le mutisme peut donner naissance à l'aphonie, de même aussi l'aphonie peut, à son tour, engendrer le mutisme.

Obs. LVIII (Ortolani, *Progresso medico*, an. I, 1887. Traduit de l'italien par M. Montanari) — Jeune homme, 20 ans, menuisier. Antécédents héréditaires et personnels, nuls. Constitution grêle, pâleur de la face. Fin décembre 1886, en assistant à une opération, il tombe sans connaissance, a une convulsion et, à la suite, perd la parole. Ces convulsions se répètent de quatre à cinq fois par jour, on applique sans résultat des sangsues à l'apophyse mastoïde. Perte de l'ouïe, le sixième jour, après une convulsion, dans l'intervalle des convulsions, surdi-mutité. Le malade répond exactement aux questions qui lui sont posées par écrit. Le bromure de potassium prescrit à la dose quotidienne de 5 grammes fait, au bout de deux jours, disparaître les convulsions ; mais la surdi-mutité persiste.

Intégrité fonctionnelle des membres, des lèvres et de la langue;

(1) Voir *Revue*, nos 4, 5 8 et 9, 1888.

celle-ci cependant ne peut être sortie hors de la bouche. Le malade, invité à parler, est dans l'impossibilité de le faire ; il accomplit une forte expiration pour émettre la voyelle *a*, « *porte la main à la gorge tout d'abord, et écrit qu'il ne peut parler à cause de la langue ou peut-être de la gorge* ».

Intégrité complète de l'intelligence. Stigmates hystériques ; anesthésie complète du côté gauche.

Comme traitement, toniques généraux, diète rigoureuse.

Le 19 mars 1887, le malade s'enivre ; reconduit chez lui et laissé seul, il commença à crier pour savoir le nom de celui qui l'avait accompagné, et ce fut de la sorte que disparut, aussi subitement qu'elle était survenue, la surdi-mutité.

Obs. LIX (Dubois *Correspondenz-Blatt f. Schweizer-Aerzte, Beilage, nº 13, 1er juillet 1887*). — Garçon 5 ans, devenu subitement *muet* et ne présentant aucun autre symptôme nerveux. Cet état, qui inquiétait fort les parents, disparut sans traitement au bout de 36 heures.

Obs. LX (Dubois, *ibid*). — Une jeune fille de 11 ans, soignée quelque temps auparavant pour des attaques convulsives d'hystérie, devint subitement *muette*. Cette enfant, absolument impubère, avait eu deux attaques de mutisme dans la même semaine, la première fois à l'école où soudain elle ne peut répondre aux questions de l'institutrice, et la seconde fois dans la rue où il lui arriva de ne pouvoir pas prononcer un seul mot ; chaque fois l'accès fut de courte durée, ne persista que quelques heures et disparut de lui-même.

Obs. LXI (Dello Strologo, *Morgagni*, an. XXIX. 1887, traduit de l'italien, par M. Montanari). — F..., 20 ans, nubile. Antécéd. héréd. : nuls.

Antécéd. personnels : *scarlatine* à huit ans ; *menstruation* à 15 ans, régulière, mais douloureuse ; *pseudo-croup* à la même époque ; à 19 ans, *douleurs rhumatoïdes* ayant laissé quelques traces.

Au mois de février 1887, à l'occasion de la mort de sa sœur : mélancolie, constriction à la gorge, difficulté respiratoire, tremblement dans les membres. Au bout de quatre jours, cet état céda aux antinervins ; mais en mars il reparaît avec les règles. Un soir en se couchant, embarras de la parole ; le matin au réveil, *mutisme complet*. Après quatre jours : *bégaiement ;* la malade parle 15 jours et, à la suite d'une frayeur, *mutisme* complet le 9 avril.

A chaque crise de mutisme : affaiblissement de la vue, contraction spasmodique des paupières. Intégrité absolue de l'intelligence. Pas de convulsions hystériques, ni épileptiques.

Examen. Constitution organique bonne, tempérament nervoso-sanguin. L'inspection du larynx faite par A. Brachini ne révèle rien de particulier. Zone hypéresthésique à l'hypocondre droit (9e côte). Ovaralgie à droite, moins prononcée à gauche. Pas d'anesthésie. Du côté de la face, diminution de la sensibilité au toucher, à la chaleur et à la douleur. Rien aux membres. Réflexes rotuliens légèrement exagérés. Olfaction émoussée à droite; acuité visuelle plus faible à droite qu'à gauche. Réaction pupillaire normale. Intégrité de l'ouïe et du goût. Aphonie complète.

La malade est hypnotisée, on lui suggère de parler et, au réveil, elle bégaie d'abord et finit par dire « *Je suis guérie* ». La vue ne fut pas améliorée par la séance hypnotique, mais la suggestion à l'état de veille produisit l'effet désiré.

Obs. LXII (Babinski et Berbez, *Leçon sur les maladies du système nerveux*, Charcot, t. III, p. 441, 1888). — H..., de vingt-neuf ans, collatéraux névropathes; à la suite d'une fièvre typhoïde est resté aphone pendant plusieurs semaines.

Un jour, violemment projeté sur un trottoir, il perdit complètement connaissance. Transporté à l'hôpital, il sentait ses *membres inférieurs comme morts* et souffrait vivement de la tête. Revenu chez lui il eut un accès d'hystérie qui nécessita de nouveau son entrée à l'hôpital. Il resta plongé dans le coma durant la première semaine. A son réveil il présenta pendant deux jours tous *les caractères du mutisme hystérique.*

Obs. LXIII (Uréchia, *Société méd. psych.*, 27 fév., *Annales médico. psych.*, n° 3, mai 1888). — F..., trente-deux ans, muette, il y a cinq jours, après une forte émotion ; intelligence parfaite.

Paralysie du bras droit et de la jambe gauche; mobilité de la langue, des lèvres, du voile du palais, etc. Pantomime très expressive. Stigmates hystériques.

La malade est hypnotisée, on lui enjoint de parler, elle s'y refuse d'abord, mais cède bientôt à des suggestions plus impérieuses.

Obs. LXIV (Gottstein, *Die Krankheiten des Kehlkopfes*, etc.. Leipzig et Wien. Franz Deuticke, 1888).—N..., gantier, avait jusqu'ici toujours été bien portant, à part une otorrhée dont il était atteint depuis plusieurs années. Il se plaignait depuis quelques jours de douleurs au niveau du cou. Le Dr Kayser constata *une angine catarrhale avec parésie des adducteurs*. Au troisième jour de son affection, le malade ne pouvait, qu'au prix des plus grands efforts, émettre quelques sons. Mais bientôt cela lui fut complètement impossible, et il demeura *muet comme une carpe.*

L'examen laryngoscopique révèle un léger état catarrhal ; dans les efforts de phonation, les cordes vocales s'affrontent très bien et ne laissent entre elles pas le moindre espace libre pour le passage de l'air. L'aspect extérieur du malade, aussi bien que sa façon d'agir, dénotent un *nerveux;* on pouvait à coup sûr écarter la simulation. Du reste on en avait encore la preuve dans l'exactitude avec laquelle les cordes vocales se rapprochaient l'une de l'autre, seulement dans l'état spasmodique. L'électrisation avec deux courants ne donna aucun résultat; avec des courants plus forts, il fut impossible de faire pousser au malade le moindre cri douloureux. Notre ami, O. Rosenbach, qui s'intéressait à ce cas et l'étudiait, entreprit de traiter le malade par des moyens psychiques. Et, en effet, la voix, après quelques jours, redevenait tout à fait normale.

Obs. LXV (A. Frattini, *Gazzetta degli Ospit*, 1888, *et an IX*, *n° 4 Milan*, 1888. — Traduit de l'italien par M. Montanari). — F.... mariée, dix-neuf ans, enceinte de huit mois. Parents sains, à l'exception d'une sœur hystérique. Réglée à treize ans; à quinze ans, elle devient anémique, les menstrues disparaissent pendant six mois pour se rétablir ensuite régulièrement. A cette époque, se montrent des symptômes manifestes de l'hystérie.

Le mutisme a subitement apparu à la suite d'une dispute avec le mari. Organes des sens normaux. Mobilité absolue de la langue. Légère hyperesthésie du pharynx, de l'arrière-gorge et du larynx.

La malade ne peut ni parler, ni murmurer, ni siffler, ni émettre le moindre son, bien que le jeu des lèvres se fasse dans ce but sans la moindre difficulté. Les appareils respiratoire et circulatoire absolument sains.

M. Frattini prescrit des lavements au bromure de potassium et au chloral; l'état persiste. Il a alors l'idée de conduire près de la malade le Dr Ferrari au service duquel elle a été précédemment. A la vue du confrère inattendu, et comme on la priait d'essayer de parler, la patiente émit un vigoureux *aa*, puis s'écria aussitôt : *Mon Dieu, je puis encore parler*.

Uu mois après la délivrance s'effectuait normalement et la malade est aujourd'hui en bonne santé.

L'auteur attribue cette guérison non au bromure de potassium, mais bien à la vive impression ressentie par la malade au moment de l'apparition inattendue de M. Ferrari.

Obs. LXVI (Musmeci, *Gazzetta degli Ospitali.*, nos 38 et 39, 9-13 mai 1888. — Traduit de l'italien par M. Montanari). — F... L..., treize ans; crises hystériques, état apoplectique après une de ces

crises. Le lendemain, les phénomènes disparaissent à l'exception du mutisme.

Anamnestiques. — Rien, sauf le père mort de convulsions épileptiques (?). Non réglée. Il y a deux ans premier accès convulsif avec état nerveux ayant persisté pendant six mois. Jamais de mutisme. Le mutisme actuel a été occasionné par la vue du cadavre de sa tante. Aphonie complète. Langue paralysée. Organes normaux. Le mutisme persista trois mois et la parole revint à l'occasion d'une fête de Saint-Sébastien qui passe pour rendre la voix aux muets. L'enfant y ayant été conduite, s'écria : « Vive saint Sébastien ! » et depuis parla librement.

Obs. LXVII (Musmeci, *ibid.*).— Garçon, après troubles hystériques et convulsions terribles de plusieurs heures, ne pouvait le lendemain ni tirer la langue, ni parler. La parole revint subitement.

Obs. LXVIII (Charcot, *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 18e leçon, 1888).— H..., 81 ans, plusieurs attaques antérieures de mutisme hystérique : 1° en 1880, après disparition de sa femme, durée : 7 mois; 2° 1884, nouvelle disparition de sa femme, durée : 3 mois; 3° 1885, perte d'emploi, durée : 5 mois. 4° 1887, fugue de sa femme, durée : 4 mois ; 5° 1888, querelle, durée : 3 mois.

Malade aphasique et non agraphique; ni cécité, ni surdité verbales. Répond très bien par écrit aux questions qu'on lui pose. *Bégaiement* au moment où le mutisme va survenir ou disparaître. A noter de *l'aphasie* (le malade ne peut prononcer complètement les mots) lorsque revient la voix, ce qui constitue une anomalie dans le mutisme.

Grande mobilité d'esprit. Stigmates hystériques (rétrécissement double du champ visuel, hémianalgésie gauche, perte du goût et du réflexe pharyngien.

Ascendants et collatéraux névropathes.

Obs. LXIX (Charcot, *ibid*, *19e leçon*, 1888).—H..., 21 ans, maçon, chute d'un troisième étage : paraplégie hystérique. Après attaques convulsives, à plusieurs reprises *bégaiement* de huit à dix jours de durée. Tombe sans connaissance en se promenant dans la rue, vers les cinq heures du soir : revient à lui au bout d'une heure et parle, mais en *bégayant*. Rentré à l'hôpital le lendemain, *bégaie* toute la journée : le surlendemain, il se réveille *muet et aphone*, ne pouvant se faire comprendre que par la mimique et l'écriture. Pas d'agraphie ; ni cécité, ni surdité verbales. Stigmates très prononcés (rétrécissement du champ visuel, parésie du côté droit, etc.). A noter en outre comme anomalie de la contraction de la langue que le malade ne peut tirer au-dehors.

M. le Dr Cartaz, qui a examiné ce malade et la suivante le lendemain de la leçon de M. Charcot, nous transmet (1) les détails suivants :

« *Examen laryngoscopique :* Anesthésie pharyngo-laryngée : pas le moindre réflexe. Un peu de congestion du pharynx et du larynx, l'épiglotte et les cordes vocales sont un peu rouges. Pendant l'examen laryngoscopique, respiration normale, *les cordes sont dans la position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction extrêmes.* En l'invitant à prononcer un mot ou à pousser un cri, *il ne sort aucun son*, mais *on voit les cordes se rapprocher un peu de la ligne médiane.* Elles restent pendant un instant agitées de mouvements fibrillaires.

Toutes les cinq minutes (le matin) ou à peu près, se présentent des *quintes de spasme glottique* avec cornage, quintes de toux convulsives. A ce moment, on voit les cordes vocales se rapprocher d'un mouvement convulsif. Ces crises sont parfois violentes, surtout quand on vient à presser sur une des zones hystérogènes (le dos) et il y a une période de cornage extrême, d'angoisse respiratoire qui disparaissent au bout de quelques secondes. »

Ce malade a recouvré la parole deux jours après la leçon, à la suite d'une attaque hystéro-épileptique.

Obs. LXX (Charcot, *ibid.*, *19e Leçon*, 1888). — F..., 33 ans, une sœur nerveuse, elle-même névropathe. Apoplexie hystérique le 12 mars, à midi. Perte de connaissance pendant 5 ou 6 heures. Paralysie du membre supérieur droit et parésie du membre inférieur du même côté. *Paralysie du facial inférieur.* Au réveil *muette et aphone.* Au bout de 3 jours, quand il fut possible à la malade de tenir une plume elle ne pouvait tracer que des traits sans signification : *elle était par conséquent agraphique.* Pas de cécité verbale, pas de surdité verbale.

Examen (par M. Cartaz). Sensation du goût conservée; ouïe normale, odorat aboli à droite. Pas de réflexes pharyngo-laryngés. On peut toucher l'arrière-gorge jusqu'au larynx sans provoquer de nausées ni de toux. La malade perçoit cependant, dit-elle, le contact du doigt ou d'une tige métallique.

Examen laryngoscopique : glotte largement ouverte, *cordes dans l'abduction.* En disant à la malade de pousser un cri, on entend une sorte de *grognement* et les cordes viennent se rapprocher sur la ligne

(1) Lettre particulière du 18 juillet 1888.

médiane en laissant un écartement de 2 à 3 millimètres, et un véritable *hiatus* au niveau *de la partie postérieure de la glotte.* En même temps que ce défaut de rapprochement des cordes, cette parésie des adducteurs, *il y a paralysie de l'ary-aryténoïdien.* »

Obs. LXXI (communiquée par M. A. Fage, interne des hôpitaux). — C... Jean-Pierre, trente-sept ans, fondeur, entré à l'hôpital Saint-André, le 5 juillet 1888.

Cet homme a été trouvé couché et recueilli sur la lisière d'un bois par un garde-forestier qui ne peut donner aucun renseignement.

Le malade lui-même ne peut en fournir aucun, car il ne parle pas : il *ne peut articuler un seul mot* ni à voix haute, ni à voix basse. Il n'émet par intervalles, lorsqu'il s'impatiente, que des sons faibles.

Il ne peut pas imiter avec les lèvres l'articulation d'un mot qu'on prononce devant lui.

Il ne savait précédemment ni lire ni écrire.

La mimique elle-même manque de précision, cet homme ayant l'air très affecté, très triste et évitant presque de répondre aux questions posées.

Pas de paralysie à aucun degré. Les mouvements de la langue s'exécutent intégralement ainsi que ceux des lèvres ; le malade peut souffler, mais siffle difficilement.

Il existe par contre des troubles accusés de la sensibilité. Hormis quelques zones (dos, lombes, fesses, face antéro-externe des cuisses) où la sensibilité est simplement émoussée, il existe une anesthésie de toutes les autres parties du corps. Même insensibilité des muqueuses. Le chatouillement de la glotte, l'introduction d'une sonde laryngée ne déterminent pas de réflexe.

Insensibilité du tympan. Audition affaiblie puisque le tic-tac d'une montre n'est entendu qu'à 5 centim. de l'oreille.

Odorat très altéré : les vapeurs d'ammoniaque n'impressionnent pas la muqueuse nasale.

Goût n'a pas pu être vérifié.

Champ visuel notablement rétréci (il n'a pu être pris qu'après guérison). Pas d'achromatopsie.

L'examen du larynx fait constater un peu de rougeur des cordes vocales. Les mouvements des cordes vocales sont à peu près normaux ; leur rapprochement à peu près complet.

Tous les autres organes sont sains ; leurs fonctions s'accomplissent normalement.

Le malade mange peu. Son sommeil est tranquille. — Il s'irrite lorsqu'on l'accuse de simulation et porte la main à la gorge pour

montrer que c'est de là qu'il souffre. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade n'a pas eu d'attaque convulsive; il n'a pas été possible de l'endormir.

Après quatre séances de faradisation laryngée et huit douches froides la guérison est complète.

Le malade parle bien.

La sensibilité a reparu partout. Seule l'anesthésie laryngienne persiste.

L'odorat est devenu normal.

L'audition persiste à être affaiblie.

Le caractère du malade a notablement changé; il est gai et ouvert.

Par l'intermédiaire d'un interprète breton (le malade parlant très peu français) nous apprenons que notre malade a toujours été bien portant, qu'il n'a jamais présenté aucun symptôme d'hystérie, qu'il n'a pas d'antécédents héréditaires nerveux et que le début de sa maladie actuelle a été *brusque* et causé par une *émotion vive.* C'est après avoir été entraîné par un individu hors de la ville et après avoir été volé par lui qu'il est devenu muet.

Nous avons, ainsi que nous l'annoncions au début, cherché à réunir dans cette étude toutes les observations de mutisme hystérique connues jusqu'à ce jour dans la littérature ; nous croyons avoir, autant qu'il est possible, atteint notre but, car, sauf de rares exceptions, nous avons pu nous procurer dans le texte original la plupart des cas publiés.

Nous n'avions compté dans le principe que sur une cinquantaine de faits, notre cadre s'est élargi, chemin faisant, et nous sommes arrivés au chiffre de soixante et onze observations. Nous devrons de ce fait faire subir quelques modifications aux opinions que nous avions primitivement émises, et nos conclusions dernières varieront aussi quelque peu.

Parmi les faits nouveaux dont nous avons eu la bonne fortune de prendre connaissance au cours de notre travail, il en est un (Obs. n° V) qu'a bien voulu nous adresser M. Cartaz et dont l'intérêt très vif n'échappera pas à nos lecteurs. Nous tenons encore du même auteur le résultat de l'examen laryngoscopique de deux malades

vus par lui dans le service du professeur Charcot.

Nous devons aussi des remerciements à M. Gilles de la Tourette, pour l'amabilité avec laquelle il nous a signalé les faits qui existaient dans son service, et nous a donné des indications sur les sources où il nous faudrait puiser pour en connaître les détails.

Enfin, trois cas nouveaux, publiés dans les *Leçons autographiées* de Charcot, viennent terminer la série de nos observations : les anomalies que présentent deux d'entre eux sont d'un intérêt tout particulier que nous ferons ressortir plus loin.

On aura peut-être déjà songé à nous contester l'authenticité de certains faits que nous avons ici rapportés sous la rubrique de *mutisme hystérique*.

S'il est, en effet, permis, étant donnée leur origine éloignée, de tenir pour douteux le cas du fils de Crésus, qui, d'après plusieurs historiens, et sur la foi d'Hérodote, muet depuis longtemps, aurait subitement recouvré la parole, alors qu'un soldat menaçait de tuer son père; — et celui du père de saint Jean-Baptiste, devenant, suivant saint Luc, subitement muet en apprenant la naissance de son fils; s'il est également vrai que le vers fameux de Virgile :

Obstupui steteruntque comæ, vox faucibus hœsit.

rendu par *mutisme hystérique*, pourrait paraître une traduction quelque peu libre, nous ne croyons avoir pourtant pas forcé les textes en rapportant comme des faits du genre certaines observations antérieures à la période laryngoscopique ou encore aux leçons de Charcot. Au contraire, nous n'hésitons pas à signaler comme probants les cas de Philipeaux, celui de Baudelocque (pour lequel nous serons cependant moins affirmatif), celui de Closmadeuc rapporté comme un exemple de mutité consécutive à une commotion cérébrale. Et à propos de ce dernier fait, il nous semble utile de revenir sur l'étiologie du mutisme hystérique.

On avait jusqu'à ces derniers temps considéré comme étant la conséquence d'un choc traumatique certaines paralysies consécutives à des chutes ou à de violents ébranlements comme ceux résultant, par exemple, d'une collision de trains. Or, de récents travaux, surtout dus aux Américains et aux Anglais (Putnam et Watson (1), Page (2), et dans lesquels ces affections sont étudiées sous les noms de « Railway Spine », « Railway Brain », démontrent surabondamment qu'il s'agit là d'un *Shock nerveux*, d'une lésion *sine materia*. A cette opinion se range du reste complètement le professeur Charcot qui dans ses leçons s'exprime ainsi : « Ce *Shock nerveux* (*ner-* » *vous shock*) se produit quand survient une émotion » morale, vive, une frayeur, la terreur déterminée par » un accident, surtout quand cet accident menace la vie, » comme cela se passe par exemple dans les collisions de » chemins de fer. Dans ces occasions, il se développe » souvent un état mental tout particulier récemment » étudié avec soin par M. Page qui le rapproche d'ailleurs, » très judicieusement à mon avis, de l'état d'hypno- » tisme. Dans l'un et l'autre cas, en effet, la *spontanéité* » *psychique*, la *volonté*, le *jugement* étant plus ou moins » déprimés ou obnubilés, les suggestions sont faciles. »

Cette étiologie du mutisme hystérique, par *shock nerveux*, comparativement à ce qui s'observe pour d'autres manifestations hystériques relevant de la même cause, ne saurait être aujourd'hui nullement mise en doute. Il suffira en effet d'ouvrir les traités de pathologie nerveuse et en particulier les ouvrages de Charcot pour se convaincre à la fois et de son existence et de sa fréquence considérable. Certains faits parmi ceux que nous apportons en témoignent du reste hautement.

Nous avons, au début de ce travail, dressé un tableau

(1) J. Putnam, *Americ. J. of Neurol.*, 1884, p. 507. — Watson, *Archiv. of medic.*, 1883, t. X.

(2) Page, *Injuries of. the spine and spinal cord without appearent mechanical lesion and nervous shock*, London, 1885.

portant sur un ensemble de 43 cas, les seuls qui nous fussent alors connus. Le nombre de nos observations s'étant depuis accru presque du double, nous ne croyons pas inutile de répéter ici cette statistique en la décomposant comme nous l'avons fait précédemment.

Hommes :	De 20 à 30 ans	13	
	30 à 40 ans	4	
	40 à 50 ans	2	
	50 à 55 ans	3	
	Non indiqué	6	
Femmes :	De 15 à 20 ans	4	
	20 à 30 ans	15	
	30 à 40 ans	4	
	40 à 50 ans	4	
	Non indiqué	2	
Adultes :	Sexe inconnu	2	
Enfants :	Garçons : 5 à 19	6	(17, 12, 16, 13, 19, 5).
	Filles : 6 à 15	6	(11, 6, 11, 13, 11, 13).

Ces chiffres ne modifient en rien notre premier tableau relativement à l'âge où se manifeste le plus fréquemment le mutisme hystérique. Mais il n'en est plus de même pour ce qui a trait au sexe. Nous disions en effet primitivement que les femmes étaient atteintes dans la proportion de 57,14 0/0 et les hommes dans celle de 42,86 0/0. Or, notre dernier tableau nous apprend que la différence entre les deux sexes est beaucoup moins considérable, puisque le sexe masculin se trouve en cause 49,28 0/0 fois et le sexe féminin 50,72 0/0 fois seulement. Ce ne serait donc que 1,44 0/0 fois et non 14,28 0/0 que les femmes se trouveraient plus fréquemment frappées que les hommes. On arrive en fin de compte à cette conclusion, que le mutisme hystérique s'observe aussi souvent dans le sexe masculin que dans le sexe féminin, ce qui infirme notre première opinion, à savoir qu'on le rencontrerait plus communément chez la femme que chez l'homme.

Lésions laryngées. — Nous y avons déjà fait allusion au début; aussi pour ne pas nous répéter trop longuement,

nous bornerons-nous à une simple énumération des résultats fournis par l'examen laryngoscopique dans dix-sept cas seulement; cet examen n'ayant pas été pratiqué plus souvent sur les soixante-onze observations que nous avons réunies :

1° (*Obs. III*, Cartaz). — Blancheur habituelle des cordes vocales. *Abduction presque complète.* La corde vocale gauche se met en *adduction incomplète*, si le malade essaie de donner un son.

2° (*Obs. V*, Cartaz). — Epiglotte et muqueuse laryngées un peu rouges. *Pas de paralysie.*

3° (*Obs. VI*, Moure). — *Pas de paralysie.* Le mouvement d'*adduction* est brusque, incoordonné. Léger *espace ellipsoïde.*

4° (*Obs. X*, Krishaber). — Intégrité complète des cordes vocales et de tout le larynx.

5° (*Obs. XXIII*, Thermes). — Corde vocale gauche immobile en *adduction*.

6° (*Obs. XXIV*, Liouville et Debove). — Paralysie des cordes vocales.

7° (*Obs. XL*, Johnson). — Corde vocale gauche en position cadavérique.

8° (*Obs. XLII*, Cartaz). — *a*) en 1880, les cordes vocales fonctionnent normalement, mais ne peuvent s'étendre ; *b*) en 1885, les cordes vocales sont écartées en *inspiration profonde* avec *espace ellipsoïde.*

9° (*Obs. XLV* Cartaz). — *Abduction complète des cordes vocales; espace ellipsoïde.*

10° (*Obs. XLVIII*, Bock). — Cordes vocales légèrement rouges et très mobiles; *espace ellipsoïde.*

11° (*Obs. LI*, Mendel). — Infiltration de la bande ventriculaire et de la corde vocale gauches. Immobilité presque complète du cartilage aryténoïde.

12° (*Obs. LVI*, Marcel et Marinesco). — Cordes vocales en *abduction forcée;* cartilages aryténoïdes très écartés de la ligne médiane.

13° (*Obs. LXI*, D. Strologo). — Rien de particulier.

14° (*Obs. LXIV*, Gottstein). — *Parésie* des adducteurs; dans les efforts de phonation, les cordes vocales s'affrontent très exactement.

15° (*Obs. LXIX*, Cartaz). — Cordes vocales en *position intermédiaire* entre l'adduction et l'abduction extrêmes. Elles se rapprochent un peu de la ligne médiane; dans l'effort il se produit en même temps des mouvements fibrillaires.

16° (*Obs. LXX*, CARTAZ). — Glotte largement ouverte ; cordes vocales dans l'*abduction ;* elles forment à leur partie postérieure un *hiatus ; paralysie* de l'ary-aryténoïdien.

17° (*Obs. LXXI*, FAGE). — Les cordes vocales fonctionnent normalement, mais l'adduction se fait d'une façon un peu brusque. Muqueuse du larynx et celle des cordes absolument normales (1).

L'*abduction* et le défaut de tension des cordes vocales avec production d'un *espace ellipsoïde* constituant les lésions les plus fréquemment observées du côté de l'organe vocal, nous maintenons notre avis antérieur et nous pensons toujours que, le plus souvent, ce sont les adducteurs du larynx et les tenseurs des cordes qui seuls semblent être atteints. Nous signalerons à l'attention, avec M. Cartaz, la formation d'un *hiatus* à la partie postérieure des cordes (Obs. LXX); disposition que cet auteur dit avoir rarement constatée chez les muets hystériques et qu'en effet nous ne trouvons signalée nulle part.

MM. Marcel et Marinesco prétendent que « le mutisme hystérique existe rarement sans lésions laryngées; au contraire, il est presque toujours associé à des troubles de l'organe phonateur, lesquels, suivant la manière d'agir d'une impression quelconque sur le centre de Broca, seront représentés tantôt par des paralysies, tantôt par des contractures. Ils admettent : 1° un *mutisme hystérique simple* (sans lésions laryngées) ; 2° un *mutisme hystérique paralytique* (avec paralysies partielles) ; 3° enfin un *mutisme hystérique spasmodique* (avec contracture de certains muscles du larynx, dilatateurs de la glotte, ou constricteurs ??).

Pathogénie.—Nous avons déjà dit (2) que certains auteurs ont attribué au mutisme hystérique une origine périphérique; que d'autres en ont fait le résultat d'un trouble de la circulation cérébrale et que Charcot le considère comme une affection d'origine centrale ayant son siège dans l'écorce grise des hémisphères cérébraux. A ces opinions déjà

(1) C'est le résultat de notre propre examen que nous consignons ici. *(Note de l'auteur.)*

(2) Voir *Revue*, p. 252. — 1888.

mentionnées et qui offrent entre elles une notable divergence, nous pouvons ajouter celle de Jolly qui, dans l'ouvrage de Ziemsemm, classe le mutisme hystérique dans les paralysies hystériques. Cette aphonie surviendrait, dit-il, par paralysie des cordes vocales et se manifesterait tout d'un coup après un accès d'hystérie, un discours animé, une excitation psychique. Mais Ziemsemm fait observer que dans d'autres cas de mutisme il semble s'agir non d'une paralysie des organes destinés aux fonctions du langage, mais bien d'une paralysie des centres de la parole, et alors les mouvements peuvent être librement exécutés et, comme exemple, il cite les faits de Berthier, Bellin, Bazin, Briquet, Kussmaul.

Amadéi, se fondant sur l'absence de toute tentative d'essai de parler chez le muet et, d'autre part, sur la puissance d'expression remarquable de la physionomie, croit à une abolition des fonctions centrales du langage. Conformément à l'opinion de Stricker, il prétend qu'à l'idée de chaque son répond un sentiment qui réside dans les muscles et est analogue à celui par lequel l'articulation véritable commence. Et alors, chez les muets hystériques, ces représentations motrices faisant défaut, s'ensuivrait l'impossibilité d'articuler. Cette hypothèse trouverait du reste sa confirmation dans la façon dont se fait pour ainsi dire la ré-éducation de la parole chez certains muets hystériques. A l'exemple de ce qui se passe chez l'enfant qui, peu à peu, à mesure qu'il apprend à parler, semble devenir maître de chaque centre des sons, pour former ensuite des syllabes et des mots, de même le muet hystérique paraît ré-acquérir des sons qu'il avait perdus et, après plusieurs tentatives, il arrive à parler comme par réminiscence.

Charcot, chez deux de ses malades (obs. LXVIII et LXX), a noté dans le premier cas de l'*aphasie* et dans le second de l'*agraphie*. Ce sont là des anomalies fort intéressantes, sur lesquelles il a soin d'insister en passant. Il indique en même temps les signes d'après lesquels il

sera possible d'instituer un diagnostic différentiel. Lorsque l'aphasie est la conséquence d'une lésion organique, il est très fréquent, dit-il, de voir les malades agraphiques en même temps qu'aphasiques ou, si l'aphasique organique est resté capable d'écrire, il le fait avec hésitation. Le langage mimique, parfait chez l'hystérique, est au contraire plus ou moins troublé chez l'aphasique par lésion organique. L'aphasique vulgaire prononce quelques monsyllabes, l'hystérique peut proférer des grognements inintelligibles.

La *paralysie du facial inférieur* (obs. LXX) ne serait qu'apparente, il s'agirait tout simplement d'un spasme glosso-labié des hystériques occupant le côté gauche et donnant l'apparence d'une hémiplégie faciale droite. En effet, les muscles sont contracturés à gauche, avec mouvements spasmodiques. La langue étant indemne, ce serait simplement un spasme labié. Mendel (1) a communiqué à la Société de Médecine de Berlin un cas de contracture hystérique et unilatérale du facial. Cette contracture intermittente disparaissait par la pression et se transportait du côté opposé. Ce fait, par sa rareté, nous a paru digne d'être rapproché de celui de Charcot avec lequel il offre une analogie complète.

En résumé, il ressort clairement de l'étude à laquelle nous venons de nous livrer, que le *mutisme hystérique* jusqu'à ces derniers temps, considéré comme une affection très rare, a été au contraire, depuis qu'on y a insisté, assez communément observé. Ce fait n'a rien de surprenant en lui-même et tient à ce que les symptômes mieux connus et, par suite, le diagnostic rendu plus aisé permettent de mieux établir la nature de la maladie. Il est même fort probable que des cas plus nombreux seront signalés, maintenant que l'attention a été sollicitée de ce côté.

(1) *Sem. médic.*, nº 29, 18 juillet 1888.

La différence des sexes semble n'importer en rien au point de vue de la fréquence, puisque les hommes ont été aussi souvent frappés que les femmes dans les observations que nous avons recueillies.

Nous avons suffisamment insisté sur les caractères distinctifs : étiologie variable et parfois singulière; marche régulière ou intermittente; durée passagère ou parfois très longue pour qu'il soit possible de reconnaître assez facilement la maladie.

Index Bibliographique

1856. Philipaux : Aphonie complète traitée sans succès pendant 20 mois par les médications les plus variées et guérie instantanément par l'excitation électrique du nerf laryngé inférieur (*Gaz. méd. de Lyon*, 30 sept., et *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, p. 925, n° 52, 26 déc.). — **Sédillot** : Observation de mutité et d'aphonie complets, datant de 12 ans, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction (*Gaz. hebd.*). — **1857. Panthel** : Mutité de plusieurs jours, produite par un spasme du nerf hypoglosse (*Gaz. méd. de Paris*, p. 107, 14 fév.). — **1866. Pavy** : Mutisme guéri par l'intimidation (*Med. Times*, 17 fév.). — **1870. Bateman** : De l'aphasie (*Gaz. hebd.*). — **1875. Howel** : Aphasie (*Congrès annuel de l'Assoc. méd. anglaise*, et *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, p. 608, n° 39, 24 sept.). — **Morbieu** : Aphasie (*Union méd.* et *Gaz. des hôpit.*, p. 405, n° 51, 1er mai). — **1878. Closmadeuc** : Commotion cérébrale, mutité consécutive; guérison instantanée (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, n° 18, p. 277, 3 mai). — **1880. Heidenhain** et **Grützner** : Aphasie hypnotique (*Breslauer Aerzt. Zeitsch.*) — **Ball** : Considérations sur l'ischémie cérébrale fonctionnelle (*Encéphale*). — **1882. Potain** : Aphonie nerveuse et laryngite glanduleuse. Hystérie et hystéricisme (*Revue médic. franç. et étrang.*, n° 31, 5 août). — **1883. Gualdi** : De l'aphonie hystérique et de son traitement (*London medic. Record.*, août). — **Lowenfeld** : Zur Kasuistick der transitorischen aphasieen ((*Aerztl. Intelligenzblatt*). — **Révillod** : Du mutisme hystérique (*Revue méd. de la Suisse romande*). — **1884. Demme** : (*Wien. médic. Blätter*). — **1886. Charcot** : Mutisme hystérique (*Gaz. des hôpit.*, 22 juin). — **Cartaz** : Du mutisme hystérique (*Progrès méd.*). — **Gilles de la Tourette** : Cas de mutisme hystérique chez l'homme (*Progrès méd.*, 13 nov.). — **Przedborski** : Un cas de paralysie laryngée hystérique accompagnée d'aphonie et de dypsnée spasmodique (*Gazetta Lekarska*, nos 51-52). — **Bock** : Uber hysterische Stummheit (*Deust. med. Zeitung*, nos 103-104, 23-30 déc.). — **Massey** : Aphonie hystérique (*Med. a. chir. Report.*, 24 juillet, et *Clinic. soc. of Maryland*, 26 avril). — **Pendola** :

La thérapeutique sera essentiellement variable et consistera en moyens locaux et généraux. On ne devra pas oublier non plus que tels agents, qui auront pu réussir un première fois, deviendront, dans certains cas, inefficaces plus tard chez le même sujet et devront être remplacés par d'autres.

Nous donnons ci-dessous pour ceux de nos lecteurs qui désireraient avoir sur la question des renseignements plus précis, un index bibliographique des divers auteurs que nous avons consultés et auxquels il leur serait possible de se reporter.

Hystérie accompagnée de symptômes diaphragmatiques ; paralysie de la langue et mutisme ; traitement électrique de tous les symptômes; guérison à la première séance (*Revue médic. de Séville,* IX, 321-324). — **1887. Amadéi** : Mutisme hystérique traité par la suggestion (*Gazz. degli ospitali,* anno VIII, nº 12). — **Spaak** : Du traitement de l'aphonie par l'électricité (*J. de méd. et de pharmacie de Bruxelles,* 5 fév.). — **Ortolani** : Sordomutismo isterico nell'uomo (*Progresso medico,* an I, nº 9, 1er mai). — **Dutil** : Sur un cas de mutisme hystérique avec contracture partielle de la langue (*Gaz. méd. de Paris,* 4 juin). — **Roland** : Cas d'aphonie nerveuse, guérie par suggestion à l'état de veille (*Scalpel,* 12 juin). — **Dubois** : Mutisme hystérique (*Correspondenz Blatt f. Schweizer Aerzte* ; Beilage, nº 13, 1er juillet). — **Mendel** : Surdi-mutité hystérique (*Berl. Klin. Woch.,* 8 août). — **Bouchaud** : Aliénation mentale et mutisme hystérique (*J. des Sc. méd. de Lille,* 14-21 octobre, et *Annales medico-psychol.,* nº 2, sept.). — **Dello Strologo** : Mutisme hystérique; guérison par l'hypnotisme (*Morgagni,* an XXIX, nº 10, oct.). — **Garel** : De la gymnastique de la voix dans le traitement de la voix eunuchoïde et de l'aphonie hystérique (*Prog. méd.*). — **E. Marcel** et **G. Marinesco** : Un cas de mutisme hystérique avec contracture spasmodique glosso-laryngée, guéri par la suggestion hypnotique, associée à la gymnastique vocale (*Archives roumaines de méd. et de chir. Extrait,* Paris, F. Alcan). — **1888. A. Frattini** : Caso di mutismo isterico provocato e garito da emozioni morali (*Gazetta degli ospitali,* an IX, nº 4, 11 janv.). — **Charcot** : Trois cas de mutisme hystérique (*Leçons du mardi à la Salpêtrière,* 18e et 19e leçons, p. 348, 357, 363, 17-24 avril). — **Nicola Musmeci** : Su di un caso di mutismo isterico (*Gazetta degli ospitali.* nos 38-39, 9-13 mai). — **Urechia** : Mutisme et paralysie hystérique ayant fait croire à une hémiplégie avec aphasie ; guérison par l'hypnotisme (*Soc. medic. psychol.,* in *Annales medico-psychol.,* nº 3, mai). — **Charcot** : *Leçons sur les maladies du système nerveux,* t. III. — **A. Fage** : Mutisme hystérique chez l'homme (*J. de méd. de Bordeaux,* août).

M. Natier.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Des hémiatrophies de la langue, d'origine syphilitique,

Par le Dr Robert Leudet.

L'auteur vient d'observer, à Lariboisière, un cas d'hémiatrophie de la langue, sur lequel il est intéressant d'attirer l'attention, d'autant plus que les faits de ce genre sont peu nombreux.

Il s'agit d'une femme de trente-deux ans, qui dit avoir depuis cinq mois la déglutition et la mastication difficiles. Elle s'est aperçue, il y a deux mois, qu'elle avait sur la voûte palatine, à gauche du raphé médian, une petite ulcération.

A l'examen de la malade, on voit que la moitié droite de la langue est très amincie, sans plissement de la muqueuse. Par contraste, la moitié gauche semble tuméfiée; la pointe de l'organe est déviée du côté droit; la sensibilité gustative est très émoussée du côté atrophié. Sur la voûte palatine, à gauche, près de l'insertion du voile du palais, on aperçoit une ulcération, à bords taillés à pic, rouges. Trois petites ulcérations existent en avant et en arrière de la principale. La luette est un peu déviée à gauche.

Voix fausse, bitonale; paralysie de la corde vocale droite, L'olfaction est entièrement abolie depuis quelques mois. Pas de signes de tabes dorsales.

L'action manifeste du traitement montre l'origine syphilitique de l'hémiatrophie linguale.

Une deuxième observation relative à un malade des Drs Duguet et Coupart est à peu près semblable à la précédente; le sujet avait une atrophie très marquée de la moitié gauche de la langue et une paralysie de la corde vocale gauche.

L'auteur rappelle les faits de Pel et de Clarke, Cuffer, Ballet, Lande; il étudie la pathogénie de l'hémorragie linguale et conclut que cette lésion n'est pas un symptôme exclusivement réservé aux tabes. (*Annales de l'oreille*, décembre 1887.)

J. Joal.

Glosso-stomatite mercurielle.

M. Audry présente un malade atteint de glosso-stomatite mercurielle très grave. Cet homme, âgé de vingt-quatre ans, alcoolique, eut un chancre au mois d'avril dernier. Il fut traité par des injections sous-cutanées de mercure métallique et de l'iodure de potassium à l'intérieur. Dix jours après, autre injection de trois grammes de mercure métallique (administration du biiodure et de l'iodure de potassium). Les accidents mercuriels ne débutèrent que vingt jours après l'injection.

Après avoir passé en revue les divers états sous lesquels on emploie le mercure en injection, M. Augagneur croit qu'il faut rejeter cette méthode de traitement si l'on ne veut pas avoir des mercurialisés comme au seizième siècle.

MM. Aubert et Icard partagent cet avis. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, séances de février 1888.)

De la tuberculose de la langue *(Tuberculose der Zunge)*, par L. W. Orlow.

L'auteur décrit un cas de tuberculose de la langue observé sur un homme de quarante-deux ans.

Le malade avait déjà présenté à deux reprises, depuis deux années, des ulcérations de la langue qui avaient guéri à la suite de cautérisations.

Une nouvelle ulcération pour laquelle il consultait était beaucoup plus étendue que les premières, elle avait 4 centimètres de long et 2 centimètres de large et occupait le bord droit et une partie du dos de la langue. Ses bords, entourés d'un ourlet rougeâtre, surtout prononcés sur le dos de la langue, sont assez bien limités, non creusés, irréguliers ; au même niveau que le fond de la plaie.

Le fond de l'ulcération, assez égal, présente quelques tubercules rosâtres de la grosseur d'une tête d'épingle ; très légère induration du fonds et des bords de l'ulcère.

Le malade n'était pas syphilitique. Il avait maigri et s'était affaibli depuis quelque temps, il y avait de la matité des sommets, de l'expiration prolongée, du souffle bronchique. Le diagnostic fut complété par l'examen d'un frag-

ment pris sur le bord de l'ulcération et qui présentait des tubercules avec cellules géantes et un grand nombre de bacilles de la tuberculose. L'ulcération fut enlevée avec le bistouri et la place cautérisée au thermo-cautère : cicatrisation partielle, mais bientôt récidive, amaigrissement considérable, diarrhée.

L'examen de la partie enlevée prouva à l'évidence la nature tuberculeuse de l'affection qui s'étendait bien plus loin dans les tissus, qu'on ne le supposait.

L'auteur parle des difficultés du diagnostic, aujourd'hui singulièrement diminuées par l'examen histologique et bactériologique auquel on n'a que trop peu souvent recours avant d'intervenir. Bien des fois ces ulcères ont été traités comme syphilitiques ou opérés comme cancers. Albert va jusqu'à dire que plus d'une prétendue guérison radicale d'un cancer de la langue par l'opération a son fondement dans cette erreur de diagnostic. Souvent aussi ce n'est qu'après l'opération et en examinant les parties enlevées qu'on a pu établir la nature réelle de l'affection.

M. Orlow recommande de rechercher le bacille de Koch dans les liquides sécrétés par l'ulcère, et, si l'examen reste négatif, d'examiner un fragment de la base de l'ulcère au point de vue histologique et bactériologique.

Quant à la détermination des voies d'entrée du microbe dans l'organisme aussi bien qu'à celui de l'intervention opératoire, il est intéressant de rechercher dans quelle proportion la tuberculose de la langue peut être primitive ; sur 65 observations que l'auteur a relevées dans les auteurs, il semble que, dans 9 cas, la langue fût atteinte primitivement.

Le sexe masculin est, beaucoup plus que l'autre, sujet à cette affection; quant à l'âge, on n'a pu faire aucune remarque à ce sujet.

L'auteur croit qne l'infection a son point de départ à la surface de la langue aussi bien pour les ulcères qui s'y développent primitivement que pour ceux qui sont secondaires à l'infection pulmonaire et laryngienne.

La voie de l'infection peut être ouverte par une morsure de la langue, par les plaies occasionnées par des pointes de dents cariées, et la fréquence plus grande de l'affection dans le sexe masculin s'expliquerait par les excoriations produites par l'acte de fumer. Il admet la même infection par la surface pour les plaques jaunes décrites par Trélat, Duplay, etc., qui précèdent ou accompagnent les ulcérations tuberculeuses linguales et que Thaon et Féréol considèrent comme des abcès miliaires sous-épithéliaux. (*St-Petersburg, Medicin. Wochensc.*, 1887, nº 46). Dr WAGNIER.

Ligature des deux artères linguales contre la macroglossie congénitale (*Ligatur beider arteriœ linguales wegen angeborener macroglossie*), par le Dr FEHLEISEN, de Berlin.

La macroglossie exige, dans les cas où elle est très prononcée, une intervention opératoire; quand il s'agit d'un jeune enfant, il est à désirer que l'intervention ait lieu le plus tôt possible; or, dans ce cas, l'excision en forme de coin de la pointe de la langue est une opération périlleuse. Les palliatifs ne donnent guère de résultats meilleurs que les interventions chirurgicales conseillées à une époque où l'on voyait dans cette affection un prolapsus.

Il est démontré que la macroglossie résulte d'un lymphangiome de la langue et qu'elle présente la plus grande analogie avec certaines formes d'éléphantiasis, et, comme récemment, Bergmann a obtenu un résultat favorable, dans un cas d'éléphantiasis de la jambe, par la ligature de la fémorale, l'auteur fit la ligature des deux linguales pour une macroglossie chez un enfant de treize mois. Le premier jour après l'opération, la langue reprit presque son volume normal, mais le lendemain elle était redevenue aussi grosse et avait pris une couleur bleu-foncé. Dans la semaine suivante, cette coloration disparut, et le volume de l'organe commença à décroître lentement.

Un peu plus d'un an après, la langue ne dépassait plus les lèvres. Le résultat n'était pas complet, il est vrai, mais il était suffisant pour autoriser de semblables tentatives, surtout

si l'on considère que l'excision cunéïforme, elle-même, ne donne pas la certitude d'un résultat durable. (*Berliner Klin. Wochens.*, 1887, nº 50.) Dr WAGNIER.

Fibro-lipome congénital de la langue.

M. Poncet, de Lyon, vient d'en rapporter un cas intéressant: une femme de soixante-deux ans était atteinte d'un carcinome du sein droit avec engorgement des ganglions axillaires et sus-claviculaires; un épanchement pleurétique abondant annonçait la propagation du cancer à la plèvre. Quelques jours après la mort survenait.

La malade présentait sur le milieu de la face dorsale de la langue une tumeur non pédiculée, de la grosseur d'un œuf de pigeon, ayant l'aspect d'une langue surnuméraire. Cette tumeur observée depuis la naissance n'avait jamais occasionné de gêne dans la respiration, la déglutition et l'articulation des sons. De coloration jaunâtre, rosée par places, elle était assez molle, presque fluctuante. Elle adhérait à la muqueuse et à la partie profonde. L'examen histologique confirma le diagnostic déjà posé de fibro-lipome.

Trois faits intéressants sont à noter : 1º la rareté de cette affection; 2º son existence congénitale; 3º la coexistence de cette tumeur bénigne, se maintenant toujours à l'état de lipome, avec un cancer qui se généralisait.

M. le Dr Ricard relève ce dernier fait; ce cas de M. Poncet, dit-il, contribue à montrer la parenté qui unit toutes les tumeurs. Les néoplasmes peuvent être de structure et de nature différentes, mais ils poussent sur un seul et même terrain et en vertu d'une même prédisposition commune ; ce sont des produits de la même manifestation. (Société des Sciences médicales de Lyon, décembre 1887. *Gazette des Hôpitaux*, du 28 février 1888.) E. P.

Fistule du sinus maxillaire.

M. Desprès se rappelle un malade atteint d'une fistule du sinus maxillaire et que Demarquay opéra et guérit par un procédé d'autoplastie fort ingénieux.

Malheureusement les liquides du sinus, ne trouvant plus

d'issue vers les parties déclives, se corrompirent au bout d'une année. Le malade était atteint d'une gêne épouvantable.

M. Desprès rouvrit la fistule, y fit faire des lavages quotidiens, et tous les accidents disparurent. Comme ces fistules tendent à se boucher, l'auteur fait maintenir en permanence une petite tige fixée aux dents voisines, à la manière d'une pièce de prothèse dentaire. Le malade ôte cette tige pour le lavage et il la remet ensuite à sa place. (*Société de Chirurgie*, séance du 4 avril 1888.)

Grenouillette congénitale par imperforation du canal de Warthon.

D'après les recherches faites par M. Guinard, la littérature médicale ne compterait que neuf cas bien authentiques de ce genre de grenouillettes.

Ce qui la caractérise, c'est son apparition dès la naissance et sa forme particulière : de forme allongée et cachée sous la langue dans le sillon qui la sépare du plancher de la bouche, elle déborde le frein en avant par une saillie conique à pointe mousse. Sa muqueuse, un peu opaline, laisse voir le liquide clair qu'elle contient. On ne voit à la loupe aucune trace du canal de Warthon. La glande sous-maxillaire correspondante est plus volumineuse. La tumeur est tendue et a l'aspect de la vessie natatoire d'un poisson. Ajoutons que l'enfant n'est gêné ni pour respirer, ni pour téter, ni pour avaler. Le traitement en est simple ; il suffit d'inciser par un petit coup de ciseaux l'extrémité saillante de la tumeur. (*Gaz. hebd.*, 6 janvier 1888.) E. P.

Hémorragie alarmante consécutive à l'amygdalotomie (*Alarming hemorrage following excision of tonsils*), par le Dr S. E. Fuller.

Après l'excision des deux amygdales chez un homme de vingt-huit ans, il se produisit une hémorragie unilatérale, qui compromit sérieusement la vie du malade. La ligature de la carotide, au-dessus du muscle omo-hyoïdien, ne suffit pas à arrêter l'écoulement sanguin, et le malade devenu

exsangue ne put être sauvé que par la transfusion (*The Amer. Jour. of the Med. Scienc.*, avril 1888). Dr Bryson-Delavan.

Le galvano-cautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales *(The galvano-cautery in the treatment of enlarged tonsils)*, par le Dr Franc Hamilton Potter.

Le traitement de l'hypertrophie des amygdales par le galvano-cautère peut se faire par deux méthodes différentes :

1° L'anse galvanique; 2° la galvano-puncture.

L'emploi de l'anse galvanique présente cet avantage, sur la galvano-puncture, d'être plus rapide, mais elle est d'un maniement difficile et beaucoup plus douloureuse; pour ces causes l'auteur préfère le second procédé. Ce dernier doit être préféré à toutes les autres méthodes de traitement de l'hypertrophie des amygdales pour les raisons suivantes : 1° il est sans danger; 2° facile à employer; 3° sans douleur; 4° c'est un procédé lent, mais sûr, qui a l'avantage de ne pas supprimer complètement un organe, dont les fonctions, il est vrai, ne sont pas exactement déterminées, mais qui doivent cependant avoir quelque utilité dans l'économie.

Au galvano-cautère nous préférons, pour notre part, le thermo-cautère qui n'est pas plus douloureux et a l'avantage de détruire bien plus rapidement les tissus. (*Med. News*, 10 mars 1888.) Dr J. Charazac.

Un cas de sarcome de l'amygdale enlevé par une incision externe. Guérison *(A case of sarcoma of tonsil removed by external incision)*, par le Dr Richardson.

La malade, âgée de soixante ans, présentait depuis deux ans un sarcome de l'amygdale dont le développement avait été très lent. Elle fut opérée à l'hôpital général de Massachussetts le 13 avril 1887. Après une incision faite le long du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, la tumeur fut en partie détachée par dissection de ses adhérences avec l'apophyse styloïde. La muqueuse de la gorge était saine et fut respectée. Seule, elle séparait le pharynx de la cavité qu'occasionnait la tumeur, la malade guérit

et, sept mois après l'opération, il n'existait aucune trace de récidive. *(Boston med. Surg. Journ.*, 23 février 1888.)

Dr BRYSON-DELAVAN.

Un cas d'adhérence complète du voile du palais au pharynx, opération pour la guérir (*A case of complete adhesion of the soft palate to the pharynx, with an operation for its cure)*, par le Dr HARRISON GRIFFIN.

Le malade, âgé de quarante-quatre ans, syphilitique depuis vingt ans, vient trouver le docteur Griffin pour tâcher de recouvrer la parole ; il peut en effet émettre des sons, mais il lui est impossible d'articuler (turn this sound into words). Le nez est entièrement détruit, il ne reste plus qu'une petite ouverture à la face. La cavité nasale est remplie de croûte ayant une odeur absolument fétide, le malade chaque matin les enlève avec une épingle à cheveux. L'ouverture buccale est rétrécie par des cicatrices, au point de laisser passer avec peine deux doigts de la main. Impossible dans ces conditions de voir la gorge et le larynx. La première opération qui fut faite eut pour but d'agrandir l'orifice buccal. L'auteur alors put constater qu'il existait une adhérence absolue du voile du palais (la luette et les bords du voile étaient détruits) et du pharynx, le pharynx nasal et le pharynx buccal formaient deux cavités absolument distinctes au point que, l'auteur ayant enduit d'iodoforme les bords du voile du palais et rempli d'eau la cavité nasale, l'iodoforme ne fût point mouillé. L'auteur détruisit les adhérences du voile et la paroi postérieure et empêcha les parties détachées de se souder de nouveau par l'introduction fréquente de sondes de plus en plus volumineuse. Ce résultat obtenu, l'auteur pratiqua l'examen du larynx : il existait d'après lui une paralysie COMPLÈTE DES ABDUCTEURS DES CORDES VOCALES (?), la muqueuse du larynx était très hyperhémiée. L'iodure de potassium fut administré à haute dose. La voix reparut après un mois et demi de traitement. (*The med. Record*, 14 janvier 1888.) Dr J. CHARAZAC.

Deux cas rares de tumeurs du voile du palais *(Two rare growths of the soft palate)*, par le Dr CLARENCE ELLERMAN.

Dans le premier cas il s'agit d'une tumeur allongée mesu-

rant trois centimètres et demi de longueur, située sur le côté droit de la luette chez un jeune homme de vingt ans.

La tumeur enlevée fut examinée au microscope : elle présentait exactement la structure du tissu amygdalien.

Le second cas fut observé chez une fille de vingt-huit ans. La tumeur insérée sur le voile du palais déterminait dans la bouche toute espèce de sensations désagréables et une salivation très abondante. Elle fut enlevée avec le galvano-cautère. Le microscope démontra qu'il s'agissait d'un angiome plexiforme. (*The Brit. med. Journ.*, 21 janvier 1888.) Dr J. Ch.

Sur une méthode de traitement de l'angine diphtéritique,
par le Dr E. Gaucher, médecin des hôpitaux.

L'auteur conteste que l'infection diphtéritique soit générale d'emblée. Elle est d'abord locale et se généralise. C'est une infection généralisée, et l'angine est pour ainsi dire l'accident primitif de la maladie. M. Gaucher donne les arguments sur lesquels il s'appuie pour soutenir cette opinion. Si on partage ces idées, il faut donc : enlever ou détruire la fausse membrane, cautériser la muqueuse sous-jacente et en même temps prévenir l'infection, grâce à l'emploi d'un caustique antiseptique. L'auteur a modifié la formule de la solution du Dr Soulez. Il fait dissoudre 5 à 10 gr. d'acide phénique et 20 à 30 grammes de camphre, dans 10 gr. d'alcool à 36°, et il ajoute à cette solution un volume égal d'huile d'amandes douces.

Au moyen d'un pinceau de blaireau un peu rude, ou d'une sorte d'écouvillon formé d'un peu de ouate enroulée autour de l'extrémité d'un petit bâton, et trempée dans la solution, on enlève les fausses membranes par un frottement énergique. Après chaque frottement, on lave l'écouvillon dans une solution phéniquée. Puis on touche une dernière fois avec le topique caustique toutes les surfaces dénudées. Cette opération doit être répétée matin et soir. Dans l'intervalle des cautérisations, et aussitôt après, pour calmer la douleur, on fait toutes les deux heures, dans la gorge, de grandes irrigations avec de l'eau phéniquée au centième. On peut

encore atténuer la douleur par des pulvérisations préalables de cocaïne à 2 ou 3 0/0.

Sur 16 cas, la plupart de la plus haute gravité, M. Gaucher a obtenu par ce traitement seize guérisons. La méthode est douloureuse mais sûre, et non seulement au début, mais en pleine période d'infection. (*Archives de laryngologie*, 15 décembre 1887). L. LACOARRET.

Scarlatine ou diphtérie (Clinique médicale du Pr POTAIN).

C'est à propos d'un jeune garçon de quinze ans, entré dans son service avec une affection remontant à quatre jours, que M. Potain se pose cette question. Les symptômes présentés par le malade pouvaient, en effet, même pour un médecin habile, plaider aussi bien en faveur d'une diphtérie que d'une scarlatine. Le dépôt grisâtre de la gorge, formé par une substance molle, facile à détacher, la tuméfaction ganglionnaire très accusée et nullement en rapport avec les les lésions pharyngées, l'état spécial de la langue qui était saburrale à son centre avec des bords rouges et dépouillés d'épithélium permirent dans le cas particulier de porter le diagnostic de scarlatine.

Il est assez fréquent, dans certains cas d'épidémie, de rencontrer des scarlatines où l'éruption fait défaut. La simple pharyngite peut parfois présenter un diagnostic difficile et délicat et arriver à revêtir une intensité que rien ne faisait prévoir au début. L'albuminerie apparaît plus tôt chez les scarlatineux : précoce, elle est de peu d'importance; tardive, elle peut être l'indice d'accidents graves. — La température fournissait chez ce malade des indications fausses, car le thermomètre n'a jammais accusé une élévation dépassant 38° 6, alors qu'il est de règle de le voir atteindre 40°, 41° 42° ou même 43° au début de la maladie. Les plaques pharyngées ont complètement disparu et aussi l'engorgement ganglionnaire. — Il est à remarquer que le pharynx présentait une rougeur diffuse intense, contrairement à ce qui se passe dans la diphtérie où il y a prédominance de l'exsudat.

Le malade ayant accusé des douleurs articulaires vers le

7e jour de la maladie, M. Potain voit là les accidents rhumatismaux liés à la scarlatine et dus à l'action du froid sur les jointures. Il importe de n'oublier point que le rhumatisme peut, à son tour, déterminer, comme l'a signalé Bouillaud, des complications cardiaques dont la gravité n'échapperra à personne. On ne saurait donc trop s'appesantir sur de pareilles observations qui permettent parfois d'établir d'une façon certaine et précise la filiation d'accidents morbides dont il pourrait être autrement difficile de se rendre un compte exact (*Semaine méd.*, 19 janv. 1887, n° 4).

M. NATIER.

NEZ ET PHARYNX NASAL

Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et naso-pharyngienne, par le Dr A. SOURDRILLE.

Après avoir fait un historique fort incomplet de la question, l'auteur croit utile d'exposer l'anatomie des fosses nasales et les divers procédés de rhinoscopie. Il examine les signes objectifs et subjectifs, il étudie enfin la pathogénie, la marche, le diagnostic et le traitement de l'affection.

Il rappelle que l'augmentation de volume des cornets par érection du tissu caverneux, l'hypertrophie de la muqueuse, les polypes, l'hypertrophie de la cloison, la rhinite atrophique, sont surtout le point de départ des réflexes. Dans le naso-pharynx, ce sont la pharyngite supérieure et les végétations adénoïdes.

Les troubles réflexes ne peuvent se développer que sur un terrain propice et réclament un état nerveux spécial. Tous les points de la cavité et de l'arrière-cavité nasales peuvent en être le point de départ. L'obstruction ne joue qu'un rôle secondaire, le facteur principal est l'irritation.

Suivent quelques indications sur le traitement et un index bibliographique fort incomplet de la question. Il est facile de voir que l'auteur cherchait, avant tout, à faire un travail de fin d'étude sur un sujet qui lui était peu familier. (*Thèse de Paris*, 1887).

La blennorrhée du nez (*Blenorrhea nasi*), par le Dr G. Firwe, de Christiania.

L'auteur considère la blennorrhée du nez comme une rareté pathologique, et si Stœrck a pu la décrire en même temps que celle du larynx et du pharynx sur des juifs de Galicie, chez qui elle serait presque endémique, la même observation n'a été faite nulle part. La transmission d'une blennorrhagie de la muqueuse uréthale à la pituitaire est un fait si rare qu'on n'en peut trouver que quelques exemples dans la littérature médicale.

En éliminant les sécrétions purulentes qui peuvent être la suite des fièvres éruptives, de la diphtérie ou de la syphilis, ainsi que celles qui reconnaissent pour causes les plaies, les corps étrangers, les polypes et autres tumeurs, on est amené à regarder la plupart des autres sécrétions purulentes comme ayant pour point de départ la sécrétion purulente de l'antre d'Highmore ou celle du sinus frontal.

Dans les deux cas on voit le pus sortir de l'hiatus semilunaire, toutefois il est difficile de distinguer, même avec l'aide du procédé d'Hartmann après cocaïnisation, quel est le sinus qui est le point de départ de la sécrétion purulente. Lorsque l'origine du pus reste douteuse, que les symptômes concomitants ne peuvent éclairer le diagnostic, on est autorisé, vu la fréquence plus grande de l'empyème de l'antre d'Highmore, à faire une ponction de cette cavité. L'auteur a employé avec succès, dans un cas d'empyèmc du sinus maxillaire qu'il décrit brièvement, la voie nasale et le procédé de Mikulicz. (*Berl. Klin. Wochensch.*, n° 35, 1887.)

Dr Wagnier.

Du traitement du rhinosclérome (*Zur Therapie des Rhinoscleroms*), par le Prof. Doutrelepont.

Les progrès de la bactériologie, en montrant que la cause du rhinosclérome réside dans la présence de microorganismes, ont indiqué la voie que l'on doit suivre dans le traitement de cette maladie. Déjà Lang a obtenu, il y a plusieurs années, par les injections d'acide salicylique et d'acide phénique, des

résultats encourageants. L'auteur, dans un cas qu'il a eu à traiter, a employé l'antiseptique par excellence, le sublimé.

Le malade, un homme de 34 ans, vigoureux, qui n'avait présenté antérieurement aucune affection cutanée, indemne de syphilis, portait dans toute l'étendue de la lèvre supérieure une infiltration très dure, nettement limitée, sans œdème de voisinage, presque indolore. Cette infiltration occupait également la partie inférieure de l'aile du nez, à à droite, et la cloison mobile des narines. Aux endroits atteints, la peau était brillante, d'un rouge foncé, non ulcérée. Ni les régions voisines, ni le reste de l'organisme, ne présentaient rien d'anormal.

Le commencement de la maladie paraissait remonter à sept mois. On prescrivit une pommade de lanoline renfermant 1 0/0 de sublimé en frictions sur les points malades et, plus tard, des applications permanentes de la même préparation furent faites entre les frictions.

Au bout de trois mois de traitement, il ne restait plus qu'un peu d'induration de la cloison. Le malade, revu quatre mois après, était alors complètement guéri. A l'examen histologique d'une partie de la tumeur enlevée à la cuiller tranchante pendant la durée du traitement, on trouve une abondante infiltration de petites cellules qui pénétrait tout le chorion jusqu'à l'épiderme. Les couches épidermiques étaient conservées et très peu altérées. Dans les parties infiltrées de petites cellules on voyait des traînées de cellules fusiformes, des faisceaux entortillés de tissu conjonctif et beaucoup de cellules adipeuses. Les poils étaient conservés, mais brisés et mal développés. Les glandes sébacées étaient obturées et pleines. Parmi les petites cellules qui pénétraient le chorion, on trouvait de grandes cellules éparses ou en groupes, la plupart sans noyau avec un protoplasme granuleux. Dans quelques-unes de ces grosses cellules, l'auteur trouva les bacilles courts du rhinosclérome; la plupart cependant n'avaient pas pris une couleur foncée par l'emploi de la méthode indiquée par MM. Cornil et Alvarez. Il observa aussi les grandes cel-

lules à globules hyalins fortement colorés que ces auteurs ont décrites. (*Deutsche medicin. Wochenschr*, n° 5, 1887.)

Dr Wagnier.

Des opérations préliminaires dans la thérapeutique des fibromes naso-pharyngiens, par le Dr V. Rochet.

Dans la première partie de son travail, l'auteur décrit, tout en faisant l'historique, les diverses opérations imaginées par les chirurgiens, dans le but de s'ouvrir une brèche pouvant rendre accessible cette région si retirée de l'arrière-cavité des fosses nasales (voies palatine, faciale ou maxillaire et nasale).

La méthode par la voie maxillaire ne pourra être mise en œuvre, si on considère les souffrances et les difformités qu'elle entraîne, que dans des cas exceptionnels de tumeurs très volumineuses et inaccessibles par les autres moyens. Dans l'opération d'Huguier, la consolidation de l'os est incertaine.

Quant à l'opération de Manne, elle n'est guère applicable qu'aux polypes peu volumineux de l'arrière-bouche. L'opération de Nélaton permet d'explorer non-seulement le pharynx, mais les fosses nasales, et, par l'ouverture permanente qu'elle crée, elle permet aussi de modifier à volonté le néoplasme et de surveiller les récidives; mais elle a l'inconvénient de laisser une brèche osseuse qui devient pour le malade une nouvelle infirmité.

Au contraire, dans l'ostéotomie temporaire, et en particulier la méthode de M. Ollier, l'opérateur a du jour, il manœuvre à l'aise et peut même dominer le point d'implantation du polype sur le pharynx. Le malade lui-même retire de cette méthode de grands avantages au point de vue du rétablissement presque *ad integrum* de la fonction et de l'esthétique de l'organe intéressé par l'opérateur; car le nez relevé et remis en place se consolide très rapidement; il y a plus, si besoin est (récidive, repullulation), on rabat de nouveau l'appendice nasal qui se consolide ensuite dans ses rapports anciens, aussi vite qu'après la première opération. (*La Prov. méd.*, *n° 6*, 11 février 1888.)

E. Peyrissac.

Végétations adénoïdes chez les enfants, diagnostic et traitement *(Adenoïds vegetations in children. Their diagnostic and treatment)*, par le Dr FRANKLIN H. HOOPER.

Hooper rapporte 104 observations de végétations adénoïdes chez les enfants opérés par lui le plus souvent d'après la méthode de Bullin, de Londres, mais en faisant tenir l'enfant par un aide après éthérisation. Il s'est aussi servi dans quelques cas du rétracteur du voile du palais.

Sur les 104 cas, 47 ont été opérés dans la clientèle privée. Sur ces 47, 39 étaient sourds, et le principal résultat obtenu a été le rétablissement de l'ouïe. L'opération n'a jamais provoqué d'accidents d'aucune sorte. L'amélioration, dans tous les cas, a été très marquée à tous les points de vue (voix, expression de la physionomie, aptitude au travail, etc.). Le sommeil lui aussi devient facile, calme et tranquille. (*Boston Med. and Surg.*, 15 mars 1888.) Dr BRYSON-DELAVAN.

Polype naso-pharyngien ; résection de l'auvent nasal,
par M. TIRIFAHY.

L'auteur présente un spécimen de polype très volumineux qui s'insérait sur l'apophyse basilaire. Le procédé qu'il emploie pour l'extraire présente certaines particularités ; il consiste en une incision circulaire qui circonvient tout le nez, sauf la partie latérale qui sert de charnière ; les os sont alors sciés obliquement, de telle sorte que l'auvent nasal, le nez tout entier, ne tient plus que par cette partie latérale ; le nez est alors déjeté de côté, et l'introduction des instruments, gouges ou rugines, se fait en suivant la voûte. Ce procédé permet l'emploi du chloroforme, il est très rapide, crée une voie large à la vue et au doigt, ne compromet aucune fonction et donne une prompte guérison.

Il s'est inspiré du procédé de Chassaignac ; celui-ci supprimait les os du nez, ce qui est nuisible au point de vue de la forme ultérieure de l'organe ; de plus il conseille de circonvenir le nez par trois incisions droites, ce qui donne des angles de peau peu nourris et se nécrosant facilement. (*Acad. Roy. de méd. de Belgique*, 26 mai 1888.)

De l'opération des polypes de l'ouverture postérieure des fosses nasales (*Zur operation del choanal polypen*), par le Dr Victor Lange, de Copenhague.

Après avoir montré toutes les difficultés que l'on rencontre dans ces opérations, difficultés sur lesquelles les auteurs ont trop peu insisté en laissant croire aux médecins peu expérimentés que la préhension et l'extraction de ces tumeurs peuvent être aisément faites et qu'on doit réussir en suivant les règles tracées, M. Lange décrit un instrument qui lui a rendu les plus grands services et qui consiste en un crochet mousse formé à l'extrémité d'une tige métallique et monté sur un manche. Après qu'on s'est assuré par la rhinoscopie et par l'exploration digitale du volume, de la mobilité et de la direction de la tumeur, on porte l'index de la main gauche derrière le voile du palais jusqu'à la partie postérieure du polype. On cherche alors à saisir, avec le crochet introduit par le nez, l'extrémité recourbée dirigée en bas, la partie la plus élevée de la tumeur. Dès qu'on y est parvenu, on fait une petite traction d'essai, et, si le crochet a été bien appliqué, on sent la tumeur qui commence à se retirer de la cavité naso-pharyngienne. L'index de la main gauche repousse la tumeur vers les choanes pendant que le crochet la tire en avant et on parvient ainsi à détacher le polype de son point d'implantation.

Pour les tumeurs que leur volume ne permet pas d'extraire par le nez, on les repousse vers le pharynx après les avoir détachées comme il vient d'être dit, et le malade les rejette à l'instant par la bouche.

L'auteur rapporte, à l'appui de son exposé, cinq observations. (*Deutsche med. Wochenschr.*, 1887, nº 11.)

Dr Wagnier, de Lille.

Cas de polypes muqueuses des fosses nasales chez l'enfant (*Cases of mucous polypes in the child*), par le Dr W. Bond.

Les cas de polype muqueux chez l'enfant sont rares et difficiles à traiter en raison de l'exiguïté des fosses nasales. L'auteur en rapporte deux observations. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille, âgée de quinze ans et

dont le polype, d'après les anamnestiques, devait avoir débuté à l'âge de onze ans. La tumeur fut enlevée avec le serre-nœud de Mackenzie.

Dans le second cas, chez une jeune fille, âgée de huit ans, le polype inséré très profondément dans la fosse nasale était à peine visible par la rhinoscopie antérieure. A l'aide du miroir rhinoscopique postérieur, on pouvait voir la tumeur remplissant la cavité naso-pharyngienne, elle fut enlevée sous le chloroforme par la voie buccale, à l'aide du serre-nœud de Mackenzie. Le pédicule s'insérait à la partie supérieure de la fosse nasale droite (*Th. British Med. Journal*, 10 décembre 1887). J. Ch.

De la rhinite chronique considérée dans l'étiologie de l'acné de la face, par le Dr Carl Seiler.

L'auteur a souvent remarqué la coexistence de l'acné rosacea, ou de l'acné simple de la face, et de la rhinite chronique. Il rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'acné fut très amélioré ou guéri par le traitement de la rhinite chronique. C'est surtout dans la forme atrophique de la rhinite que l'on observe l'acné, et l'auteur croit à l'existence d'une relation entre ces deux affections.

A la session de Toulouse du Congrès de l'association pour l'avancement des sciences, M. le Dr Arnosan avait déjà soutenu des idées analogues à celles exposées par le Dr Seiler. (*The Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 5 nov. 1887.)

J. Ch.

Pathologie de l'hay fever *(The pathology of Hay Fever)*, par le Dr Bishop.

Le docteur Bishop estime que l'hay fever est dû à une influence nerveuse et, dès 1885, proposa de lui donner le nom de catarrhe nerveux.

Trois conditions sont nécessaires à son développement, à savoir : 1° une excitabilité anormale des centres nerveux ; 2° une hypéresthésie des terminaisons des nerfs sensitifs ; 3° la présence d'un agent irritant. Parmi les substances irritantes, Bishop signale la lumière du gaz et de

l'électricité, l'anxiété, l'indigestion, le camphre, les parfums, les odeurs qui se dégagent des animaux, la poussière, la chaleur, la sécheresse, le pollen, etc. L'hérédité joue un rôle important dans certaines familles, et le tempérament nerveux prédomine chez les malades sujets à cette affection. Exclure une des conditions nécessaires suffit à prévenir les accès. Le traitement le plus logique consiste à instituer une médication sédative du système nerveux, à donner des toniques et des stimulants. Bishop ne croit pas que le seul traitement local des fosses nasales suffise à guérir les malades. (*Journ. Amer. méd. Assoc.*, 17 mars 1888.) Dr Bryson-Delavan.

VARIA

Extraction d'une pièce de cinq francs en argent logée au niveau de l'extrémité supérieure de l'œsophage, par le Dr Villette (de Dunkerque.)

La pièce fut retirée avec un panier de de Grœfe. Cet instrument, de l'avis de MM. Paquet et Noquet, est excellent pour retirer les pièces de monnaie; mais l'éponge lui serait préférable de l'avis de M. Paquet, au cas où il s'agirait d'un os. Pour retirer des arêtes, des aiguilles ou les épingles, M. Noquet se servirait de préférence d'un instrument constitué par une tige et portant des crins disposés de telle sorte qu'ils peuvent s'appliquer contre la tige ou se déployer pour former un ovoïde dans lequel viennent facilement s'implanter les corps étrangers. (*Bull. méd. du Nord*, n° 12, décembre 1886.) M. Natier.

Contribution à l'étude de la maladie de Basedow,
par M. le Dr Sainte-Marie.

L'auteur mentionne les divers troubles trophiques, vasomoteurs ou psychiques qui se sont ajoutés à la triade symptomatique du goître exophthalmique. Il s'arrête à deux manifestations névrosiques moins connues : la sclérodermie et le pseudo-lipôme sus-claviculaire dont il rapporte deux observations. La valeur de ces symptômes est égale aux autres manifestations trophonévrotiques de cette affection. Ces faits témoignent en faveur de la théorie nerveuse de la

maladie de Basedow et du rôle pathogénique de l'arthritisme dans son développement; neuro-arthritiques sont les Basedowiens, neuro-arthritique est leur diathèse. *(Thèse de Paris, 1887.)* L. LACOARRET.

THÉRAPEUTIQUE

La gélosine dans les rétrécissements du nez, larynx, oreille, etc., par le Dr G. COUPARD, médecin de la fondation Péreire pour les affections du larynx et du nez.

La maléabilité de la gélosine permet de lui donner la forme et le volume que l'on désire si elle peut en outre être mélangé à certains médicaments, iodoforme, cocaïne, acide borique, etc., ce qui en rend l'emploi plus précieux encore. Sous l'influence de l'humidité elle triple son volume, elle ne se modifie pas dans l'éther iodoformée.

Je l'ai employée dans les rétrécissements du nez, du larynx, du conduit auditif externe, du col de l'uterus avec des résultats très heureux, et jespère qu'avec de légères modifications il en sera de même pour le rétrécissement du canal de l'uréthre.

NOUVELLES

Société de Rhinologie d'Amérique.

A la cinquième réunion annuelle de cette Société, on a élu membres du bureau : le Dr C. H. Klein (de Dayton), président; le Dr R. S. Knode (de Fort Wanne) et le Dr A. G. Hobbs (d'Atlanta), vice-présidents; le Dr John North (de Kœkuk), secrétaire-trésorier; le Dr N. R. Gordon (de Spring-field), bibliothécaire. On a décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Cincinnati en septembre 1888.

Réunion des naturalistes et médecins allemands à Cologne.

En sa qualité d'introducteur à la section de laryngo-rhinologie qui se tiendra du 18 au 24 septembre de cette année à Cologne, lors de la réunion des naturalistes et médecins allemands, le soussigné a l'honneur d'inviter les médecins de tous les pays à prendre part aux séances et aux discussions de cette section. Ce sera avec le plus grand plaisir qu'il donnera à l'avance communication du programme.

Dr Carl Michel, Köln, Eistrachtstr, 144.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16

DE L'OMBRE SONORE COMME CAUSE D'ERREUR DANS LA MESURE DE L'ACUITÉ AUDITIVE

par M. le Dr GUYE, professeur d'Otologie, à Amsterdam (1).

Messieurs,

Tout le monde sait que l'ombre sonore n'est pas d'une observation aussi facile que l'ombre lumineuse. Tandis que les ombres lumineuses sautent aux yeux, l'ombre sonore n'est observée que dans des conditions spéciales. Ce défaut apparent d'analogie entre les phénomènes de la lumière et du son n'a rien qui nous déroute aujourd'hui. Nous savons qu'il tient tout simplement à la différence énorme entre la longueur d'une onde sonore et d'une onde lumineuse. Comme l'onde sonore moyenne est plus de cent mille fois plus longue que les ondes lumineuses, il est évident qu'un obstacle très grand pour la lumière pourra être très petit pour le son. Quand l'obstacle est très petit relativement aux dimensions des ondes, les ombres lumineuses ne sont plus distinctes.

Pour les ondes sonores, les obstacles sont en général trop petits pour projeter des ombres distinctes.

Habituellement, nous observons seulement l'ombre sonore lorsqu'elle est projetée par un grand bâtiment, une rue, etc., mais dans nos maisons, en général, nous n'en apercevons rien.

Cependant, il y a bien des années que j'ai observé que dans certaines conditions il est nécessaire de compter avec l'ombre sonore quand on mesure l'acuité auditive, et je n'ai jamais négligé de fixer l'attention de mes élèves sur cette cause d'erreur.

Je suppose qu'on mesure l'acuité auditive par la distance où une montre est entendue par chacune des oreilles séparément, méthode qui n'a qu'une valeur restreinte, mais qui, dans la pratique journalière, rend encore des services notables. On peut alors mesurer

(1) Congrès de Bruxelles, septembre 1888.

cette distance pour l'une des oreilles sans s'inquiéter de l'autre oreille, aussi longtemps que la distance ne dépasse pas quelques centimètres, en général 10. Cependant, du moment où on dépasse cette distance, il faut que le malade ferme l'autre oreille, en y appliquant sa main, par exemple. Si on ne prend pas cette précaution, l'expérience est défectueuse, car l'autre oreille, si elle a une acuité auditive plus grande, va se mettre de la partie et troubler le résultat.

J'ai toujours cru que tous les otologistes, qui emploient la montre ou un appareil analogue, par exemple l'acoumètre de Politzer, pour mesurer l'acuité auditive, connaissaient cette cause d'erreur et sauraient l'éliminer de la manière très simple que je viens de décrire. Cependant, en 1884, M. Brunschwig a publié une observation, prise par lui dans la clinique de M. Baratoux, à Paris (*Revue mensuelle de laryngologie et d'otologie*, 1884, nº 2), que je ne connais que par un extrait donné dans la *Zeitschrift f. Ohrenheilkunde* (1884, p. 334), observation dont l'explication me paraît avoir échappé, tant à l'observateur qu'à l'auteur de l'extrait. Voici l'observation en question :

Un homme de vingt-deux ans entend la montre distinctement à une distance de 20 à 16 centimètres, il ne l'entend pas de 16 à 13 centim., et de 13 à 0 centimètres il l'entend de nouveau. L'expérience répétée donna le même résultat. Cependant, plus tard, l'auteur ne put plus jamais observer, ni chez ce malade, ni chez d'autres, ce phénomène remarquable, qu'il considère comme analogue au scotome oculaire, et qu'il nomme *le scotome de l'audition*.

Lorsque je lus cette observation, il me parut aussitôt qu'elle s'expliquerait par l'ombre sonore. Le malade devait entendre, selon moi, la montre de 0 à 13 centim. par son oreille droite, et de 16 à 20 centimètres par son oreille gauche. La non-réussite de l'expérience dans les épreuves consécutives devait tenir à une position plus favorable, dans laquelle probablement l'oreille gauche se sera trouvée lors de la première expérience, c'est-à-

dire plus près d'un mur ou d'un meuble qui puisse refléter une partie des vibrations sonores et les envoyer dans cette oreille, tandis que plus tard on aura choisi une situation moins favorable.

Depuis cette époque, j'ai fait un certain nombre d'expériences à ce sujet, que je me permets de vous communiquer, non pas seulement comme explication du curiosum de M. Brunschwig, mais parce que les résultats de ces expériences me semblent présenter un certain intérêt général.

J'ai donc trouvé que la tache obscure de M. Brunschwig peut facilement être démontrée, non seulement chez des personnes qui ont une oreille dont l'acuité auditive est normale, tandis que l'autre oreille n'entend la montre que jusqu'à environ dix centimètres, mais également chez des personnes dont les deux oreilles sont normales, pourvu toutefois qu'ils entendent la montre au moins d'un côté à une distance de quelques mètres. Lorsque ces personnes ferment l'autre oreille en appliquant leur indicateur sur le tragus, elles continuent généralement à entendre la montre de ce côté-là à une distance de 4 à 10 centimètres Là commence la tache obscure, et depuis une distance de 15 à 25 centimètres ils entendent la montre par l'autre oreille. Le malade généralement ne sait pas, du moins en commençant et avant de s'être exercé à ces expériences, s'il entend la montre par l'une ou par l'autre oreille ou par les deux simultanément.

J'ai trouvé encore que la distance à laquelle l'oreille bonne est placée d'une armoire ou d'un autre meuble faisant l'office de réflecteur est d'une grande influence sur la distance où la montre est entendue de l'autre côté.

Mes expériences ont été faites avec une montre qui a un battement faible d'un son musical passablement haut, et qui est entendu distinctement par des oreilles normales, du moins par celles de personnes jeunes, à une distance de 9 mètres.

J'appelle la distance de l'oreille, jusqu'où la montre est entendue par cette oreille même, avec occlusion de l'autre oreille, soit que l'oreille examinée soit ouverte ou fermée, *la première zone.* Suit un espace que j'appelle *la tache obscure*, où la montre n'est pas entendue lors même que l'autre oreille est ouverte, et enfin vient *la deuxième zone*, l'espace où la montre est entendue lorsque l'autre oreille est ouverte.

Je vous présente ici un tableau, dont les chiffres méritent beaucoup de confiance, parce que le sujet est un étudiant en médecine (I. v. d. B. R 401), qui, à la suite d'expériences réitérées pour mesurer son acuité auditive, sait accuser exactement le moment où il entend la montre et celui où il cesse de l'entendre.

Table I. J. v. d. B. (R 401) 20/2/88.
Acuité auditive : o. dr. 9 M.; 0. g. 1.50 M.
Le sujet ferme l'oreille gauche au moyen de l'indicateur.

Distance de l'oreille droite de l'armoire.....	3 M.	2 M.	1 M.	0.50 M.	0.25 M.
Première zone :	0—0.08	0—0.08	0—0.08	0—0.08	0—0.08
Tache obscure :	0.08—0.25	0.08—0.25	0.08—0.18	0.08—0.14	0.08—0.14
Deuxième zone :	0.25—2	0.25—3	0.18—4	0.14—4.50	0.14—6

Nous voyons dans cette table que la première zone reste invariable de 0—0.08 M, quelle que soit la distance entre l'oreille gauche et l'armoire, et que, au contraire, la deuxième zone s'élargit continuellement lorsque cette distance devient plus petite. Cet élargissement a lieu tant à la limite interne qu'à la limite externe de la deuxième zone.

Voici une autre table concernant le même sujet, lorsque son ouïe n'était pas encore aussi bonne. Je pouvais alors faire l'expérience sans l'occlusion de l'oreille examinée.

Table II. J. v. d. B. 27/12/87.
Acuité auditive : o. dr. 5 M.; o. g. 0.04 M.

Distance de l'oreille droite de l'armoire........	3 M.	0.25 M.
Première zone..............................	0—0.15	0—0.15
Tache obscure..............................	0.15—0.25	0.15—0.20
Deuxième zone..............................	0.25—0.60	0.20—1

On voit dans cette table ce que nous verrons encore mieux dans la table suivante, que la première zone est aussi sous l'influence de l'autre oreille. Car en mesurant l'acuité auditive avec occlusion de l'oreille droite, je trouvais 0.04 M., plus tard avec l'oreille droite ouverte 0.15 M. En d'autres termes : la collaboration de l'oreille droite augmente la distance où la montre est entendue à gauche, même à une distance où l'oreille droite seule ne pourrait pas encore l'entendre. Ce phénomène me paraît ne pouvoir être expliqué qu'en admettant la sommation de deux sensations dans les deux oreilles, sensations qui séparément seraient trop faibles pour être perçues.

La table suivante en est un exemple encore plus frappant.

Table III. M. v. D. (K. 78) 25/8/87.
Acuité auditive : o. dr. 0.04 M. ; o. g. 3 M.
L'oreille gauche à 0.50 M. de l'armoire.
L'oreille droite ouverte : la montre est entendue de 0—0.50.

L'oreille droite fermée	tache obscure de 0—0,18.
	deuxième zone de 0,18—0,50.

Il y avait donc ici un espace entre 0.04 et 0.18 centimètres de distance de l'oreille droite, où ni l'oreille gauche, ni la droite n'aurait pu séparément entendre la montre et où cependant ensemble elles l'entendaient. En d'autres termes, l'impression que produisaient les vibrations sonores sur chacune des deux oreilles était trop faible pour être perçue; cependant ces deux impressions combinées produisaient une sensation distincte. Il me semble que cela doit s'expliquer par une sommation centrale des deux impressions nerveuses, qui doit avoir lieu dans le cerveau, probablement dans le centre acoustique.

Je ne veux point approfondir plus loin la portée physiologique de ce phénomène, ni rechercher les conditions sous lesquelles en général l'ombre sonore est perçue. Ceux qui désirent étudier l'ombre sonore trouveront des

détails très intéressants dans un article de lord Rayleigh dans le recueil anglais *Nature* du 28 juin de cette année. Je veux seulement lui emprunter un détail historique assez curieux, c'est que le défaut apparent d'analogie entre le son et la lumière par rapport à la formation des ombres a eu une grande influence sur un homme de génie comme Newton.

Il paraît qu'il a été le motif qui a fait rejeter par Newton la théorie de l'ondulation de la lumière, parce que, selon lui, si la lumière était comme le son une vibration, elle devrait faire le tour des objets sans produire d'ombres, de la manière dont on se figure généralement que cela a lieu pour le son.

Dans les expériences de lord Rayleigh les vibrations sonores sont rendues visibles par des flammes sensibles, méthode évidemment très propre à la démonstration.

Quant à moi, j'ai désiré simplement chercher l'explication de la tache obscure et montrer qu'elle existe même pour des oreilles normales. Je m'abstiens de vous donner les tables d'autres expériences, parce que je me suis le plus souvent borné à constater l'existence de la tache obscure et parce que d'ailleurs la précision des chiffres notés laisse beaucoup à désirer lorsque le sujet qu'on examine n'a pas l'habitude de faire des observations exactes.

DES SULFUREUX DANS LA TUBERCULOSE LARYNGÉE

Par le Dr **Henri GUINIER**, agrégé de la Faculté de Montpellier.

(Suite et fin) (1).

Cela dit, examinons le point où en est arrivée la question de l'*emploi des eaux sulfureuses de Cauterets dans la tuberculose laryngée*.

Il faut le reconnaître d'abord, les *tubercules du larynx*

(1) Voir *Revue*, n° 9, 1888.

sont généralement envoyés aux Eaux sulfureuses, et à Cauterets en particulier, à une période trop avancée, après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire. Malgré ces conditions défavorables, les résultats sont tels que la clientèle des *maladies graves du larynx* s'est accrue, à Cauterets, depuis le commencement du siècle, dans des proportions fort remarquables ; et, dans cette clientèle spéciale, la *tuberculose du larynx* figure pour une large part.

Mais ces maladies chroniques n'y guérissent pas toutes ; les tubercules du larynx s'y aggravent, dit-on.

Nous ne le contredisons pas. — Mais est-on bien sûr que les malades font toujours, à Cauterets comme ailleurs, une cure intelligente, bien appropriée aux indications, d'une *durée suffisante*, enfin sagement et sagacement dirigée ?

Qui pourrait l'affirmer ? Tant de causes peuvent compromettre la cure thermale la plus sûre, sans compter l'indocilité et l'indépendance trop souvent indisciplinables des malades.

Mais on cite des cas ; on appelle en témoignage des noms ; on énumère des observations.

On a publié des faits, à l'aide desquels on a voulu démontrer que des malades, atteints de phtisie du larynx, sont venus à Cauterets, et qu'ils sont morts, à leur retour des eaux, avec tous les signes d'une *congestion inflammatoire locale*.

De là pourtant à dire que les *sulfureux* (et, sous cette dénomination inexacte, on comprend les *eaux sulfureuses de Cauterets* et plus particulièrement l'eau de la *fontaine Raillère*) sont formellement contre-indiqués dans des cas analogues, il y a loin, selon moi.

Et cependant, c'est là l'affirmation qui retentit à l'horizon laryngologique, et l'on va jusqu'à formuler cette étrange règle :

« Les eaux sulfureuses (lisez l'eau de la *Raillère* de Cauterets) sont toujours vaines et *nuisibles* dans la *vraie*

phtisie laryngée. » (*Revue mensuelle de laryngologie,* 1888, p. 359.)

Cette affirmation restera peut-être moins absolue dans l'esprit de celui qui voudra bien parcourir avec impartialité le présent article.

Il faudrait savoir en effet *en quel état* les malades sont arrivés à la station pyrénéenne incriminée (et plus spécialement à Cauterets), à quelle *période* et à quel *degré* de leur maladie, après quels *traitements.* Ces traitements préalables sont quelquefois incendiaires et rendent toute cure thermale sinon impossible tout au moins fort difficile et même dangereuse.

Y aurait-il eu au moins un moyen préférable à la cure thermale restée infructueuse ? Et, si celle-ci est restée infructueuse, par exemple, parce qu'elle n'était plus que l'unique chance de salut, ne devient-elle pas assimilable alors à ces opérations de nécessité, à la suite desquelles le malade paraît quelquefois succomber plus tôt qu'il n'aurait péri s'il avait été laissé tranquille, comme lorsqu'il succombe au choc traumatique ? Et quel chirurgien pourtant hésitera, dans ces cas, à opérer sans délai ?

De plus, pour pouvoir incriminer logiquement la cure thermale elle-même, il faudrait aussi montrer en quoi l'eau sulfureuse, à Cauterets, par exemple, a pu être *nuisible ;* et cela, d'après les détails journaliers de l'emploi de l'eau minérale et d'après les effets quotidiens observés. Croit-on, par exemple, indifférent de boire chaque jour telle ou telle dose de telle ou telle source, de faire ou de ne pas faire une pulvérisation avec tel ou tel appareil, d'une durée plus ou moins longue, de gargariser une ou plusieurs verrées à telle ou telle fontaine, de prendre concurremment tel ou tel bain minéral, etc. ?

Il faudrait surtout comparer les faits malheureux dont on fait si grand cas, avec les faits heureux de la pratique thermale à Cauterets ou ailleurs ; et ces faits heureux ne manquent pas depuis les écrits de Bordeu. Car il serait vraiment étrange que toutes les maladies

chroniques graves du larynx se soient donné rendez-vous dans la célèbre cité pyrénéenne, depuis plus d'un siècle, pour y *activer* leurs lésions au lieu de les y *guérir*.

Il faudrait enfin, à l'aide de ces rapprochements et de ces comparaisons qui ne peuvent guère se faire utilement que *sur place*, arriver à déduire la conduite à tenir dans des cas analogues, voir, par exemple, s'il ne serait pas préférable de ne pas attendre si tard pour se décider à conseiller la cure de la *Raillère* ou de telle autre source renommée, s'il ne conviendrait pas aussi de laisser une plus grande latitude d'action au médecin thermal, en refusant au client ces prescriptions de complaisance qui règlent d'avance son traitement thermo-minéral, en limitent la durée et gênent si souvent l'intervention expérimentée du praticien responsable de l'action thérapeutique des eaux sulfureuses.

Agir autrement, n'est-ce pas s'exposer à ne voir qu'une des faces du problème clinique, et formuler, par conséquent, des conclusions sans valeur ?

D'autre part, malgré les beaux progrès de la diagnose du larynx depuis l'usage du laryngoscope, est-il donc si facile de se prononcer encore pratiquement d'une manière incontestable sur la réalité ou l'apparence de la tuberculose du larynx ? J'avoue, pour ma part, n'être pas encore arrivé à ce degré de certitude, malgré le grand nombre de cas de ce genre passés sous mes yeux durant ma longue carrière.

Dans le doute, pourquoi se priver des bons effets constatés depuis des années, auprès de certaines sources médicinales des Pyrénées (et en particulier auprès des vieilles sources de Cauterets), dans la cure des maladies chroniques les plus graves du larynx ?

En tous cas, priver de cette ressource ultime de malheureux phtisiques voués à une mort certaine, qu'une dernière illusion amènerait auprès de ces sources bienfaisantes, où ils puisent souvent une survie de quelques

semaines et même de quelques mois, où ils gagnent au moins une confiance et un espoir qui adoucissent leurs derniers moments, c'est peut-être agir de manière à satisfaire une théorie préconçue, mais ce n'est ni bien humain, ni bien pratique médicalement.

Il ne faudrait pas d'ailleurs exiger l'impossible et demander à Cauterets des miracles. Son action thérapeutique est précise et précieuse ; mais, comme toutes les meilleures médications, elle a ses limites. Ce serait, par exemple, une erreur de croire que cette action doit suffire, à elle seule, à toute la guérison. Il faut au contraire que le malade y aide par tous les moyens en son pouvoir, parmi lesquels le genre de vie, le climat, l'hygiène thérapeutique, occupent le premier rang.

De ce que la cure thermale la plus sûre, par la méthode et la prudence de la direction, peut être compromise par les imprudences ou l'indocilité d'un malade, doit-on en priver ceux qui sauraient en recueillir tous les fruits ?

Et quel est enfin le moyen thérapeutique qui ne compte ses insuccès ?

Quel est surtout le moyen curateur à préférer à celui que l'on semble répudier aussi légèrement ?

Parmi les faits de ma pratique thermale, je ne veux en citer qu'un seul . Celui-là est incontestable par la sécurité du diagnostic, la gravité des lésions, la simplicité de la cure thermale, l'évidence de l'action minérale et la rapidité de la guérison.

N'existerait-il, en effet, que le fait dont on va lire les détails, il s'agirait évidemment de chercher à en multiplier les exemples. Or, et c'est là le véritable encouragement qui doit résulter de cette trop courte étude en un aussi vaste sujet, cette multiplication deviendra facile pour celui qui voudra bien tenir compte de cette dissertation.

Observation. — *Tuberculose laryngée et pulmonaire guérie par la cure thermale de Cauterets* (1874-1875).

Il s'agit d'un adulte de trente à quarante ans, dont le diagnostic a

eu pour signataires les noms connus de Mandl, de Lasègue et de Martin-Damourette.

Voici les points importants de leurs consultations écrites :

« L'aphonie, dit Lasègue, s'est produite déjà en 1870 ; elle a cédé incomplètement et a reparu vers la fin de 1873. Depuis, elle a suivi une marche lentement progressive.

» Je n'hésite pas à croire qu'il s'agit d'une affection *diathésique* et non d'une simple irritation locale.

» Parmi les diathèses acquises, le *fracastorisme* est à éliminer.

» Reste la possibilité d'une constitution herpétique ou d'une prédisposition aux néoplasmes. *Je pense qu'il s'agit de cette dernière forme.* La lésion se propage aux bronches du côté gauche, en se limitant à la fosse sous-clavière gauche. Il existe, au niveau du sternum, et dans une petite étendue, de la matité complète, une respiration insuffisante et des mucus fins sous-crépitants, à bulles rares. A droite, la respiration est supplémentaire et presque bronchique.

» Le poumon en masse est parfaitement sain. Le malade tousse très peu, expectore seulement le matin et n'éprouve que peu ou pas de dyspnée.

» L'appétit est conservé ; il n'y a pas à noter de troubles digestifs. Mais M. X... se sent fatigué, sans avoir maigri (*le malade avait une maigreur naturelle, l'habitus cachectique*), et le pouls indique un léger *mouvement pyrétique.*

» Dans ces conditions, et en supposant *au mieux* une affection herpétique du larynx, de la trachée et des bronches du sommet gauche, je considère les eaux de Cauterets comme particulièrement indiquées.

» Paris 3 juillet 1874. »

» *Signé :* Prof. LASÈGUE. »

Le Dr Martin-Damourette, après avoir affirmé que le diagnostic précédent est, en tout point, conforme à celui qu'il avait porté lui-même, ajoute ces mots dans sa consultation écrite :

« Le caractère légèrement *pyrétique* de l'affection avait beaucoup attiré mon attention et me faisait penser que la médication devrait être instituée avec une grande réserve. »

Enfin voici l'opinion de Mandl :

« Mon malade est atteint d'une *phtisie laryngée.* Vous constaterez à première vue le *gonflement* et les *ulcérations* de l'épiglotte, du repli supérieur gauche, etc. Voix couverte, toux, 96 pulsations (il paraît que le matin il y en a moins)...

» Je vous supplie en grâce de ne faire *aucun traitement local.* Ce

pauvre garçon a été déjà martyrisé par des cautérisations répétées, et, bien entendu, il n'en a tiré aucun profit... »

On remarquera la forme différente des consultations *ouvertes* de Lasègue et de Martin-Damourette, restées à la libre connaissance du malade, et de la lettre personnelle *fermée* de Mandl qui m'adressait le client à Cauterets. Lasègue et Martin-Damourette éloignent de l'esprit du malade les affirmations trop précises et surtout les mots de *tuberculose* et de *phtisie*. Mandl, qui n'a pas les mêmes ménagements à garder, prononce nettement les mots et décrit avec précision les lésions.

Ce monsieur, arrivé le 15 juillet 1874 à Cauterets, fut mis au *quart* de verre de *Raillère* et de *Mauhourat*, chaque jour, avec augmentation graduée jusqu'a *demi* verre (cent grammes) de chaque source, matin et soir. Sauf une légère fatigue due à un dérangement intestinal passager et peu intense, tout alla bien pendant les *quinze* premiers jours de la cure.

A ce moment, survinrent les signes réactifs ordinaires de la muqueuse laryngienne. De blafarde et flasque, elle devint sensiblement turgescente, et elle prit une teinte plus vivante, un peu rosée. Pendant ce temps, les forces du malade se relevaient sensiblement ; il prenait confiance; et, si je ne l'eusse préalablement averti de la nécessité de sa part d'une grande docilité, et, de ma part, de beaucoup de prudence, il aurait résisté à mon conseil d'interrompre tout traitement thermal.

La cure fut donc suspendue pendant huit jours, à cause du degré de réaction de la muqueuse du larynx. Le malade alla passer ces huit jours à Pau, pour mieux résister à la tentation de visiter les sources où il sentait puiser sa vie.

A son retour de Pau, la stimulation locale s'était atténuée; mais l'aspect du larynx restait meilleur.

La cure thermale fut reprise, dans les mêmes conditions qu'au début, et continuée encore *quinze* jours.

La stimulation laryngée se reproduisit, mais ne dépassa pas les limites physiologiques. Au moment du départ, le larynx avait le meilleur aspect relatif, sans que ni le gonflement de l'épiglotte, ni les ulcérations eussent sensiblement diminué.

La *durée* de cette première cure thermale fut de *quarante* jours, repos compris.

Mon client partit très content, plein d'espoir et de confiance ; son état général était très amélioré; il alla passer l'hiver en Égypte.

L'été suivant, il revint à Cauterets dans d'excellentes conditions relatives.

L'intérieur du larynx conservait une teinte remarquable de vitalité. Les ulcérations étaient à peine perceptibles ; le gonflement de mauvaise nature, signalé par Mandl, était presque entièrement disparu.

La seconde cure thermale, très surveillée, comme la première, fut moins longue. Les réactions du larynx furent moins intenses que l'année précédente ; il fut à peine nécessaire de suspendre la cure, par prudence, pendant un ou deux jours. Cette cure ne dura que *vingt-sept jours*, tout compris.

L'amélioration fut extrême. Le larynx revint à l'état normal.

Le malade partit guéri, pour revenir passer un second hiver en Egypte.

Ce second hivernage assura la guérison.

Cette guérison se maintenait encore *six ans après*, d'après des renseignements reçus en 1881.

Dans ce cas remarquable, la *stimulation physiologique* eu la cure thermale de Cauterets a été sensiblement disciplinée, et elle a servi d'agent curateur. Il n'y a jamais de trace d'*excitation*.

Cette excitation n'aurait pas manqué de se produire, si le malade eût été soumis à des doses plus fortes de boisson, à des topiques laryngiens, tels que pulvérisation, etc., à de grands bains minéraux, à des douches. La susceptibilité nerveuse était, en effet, des plus impressionnables.

En dehors de sa petite dose de boisson (deux verres par jour, dont un de *Raillère* et l'autre de *Mauhourat*, en tout *quatre cents grammes* d'eau sulfureuse), je ne lui permettais que quelques gorgées (et à la fin une seule verrée) de gargarisme avec l'eau de *Raillère* et un *pédiluve* de cinq à huit minutes à l'eau courante de *César* (43° c.)

Mais il est bon de remarquer que la durée de sa cure dépassa sensiblement, chaque fois, les *vingt-un jours empiriques*, si déplorablement imposés par la routine à toutes nos cures thermales. J'ai signalé, dans un autre travail, l'extrême importance de la *durée* des cures thermales pyrénéennes. C'est surtout dans les cas graves et délicats, du genre de ceux dont nous nous occupons en

ce moment, que la limite de la *durée* doit être entièrement laissée à l'appréciation du médecin thermal.

Tous les malades, en effet, ne sont pas les mêmes; tous ne présentent pas l'impressionnabilité signalée dans le cas présent; et toutes les cures thermales de phtisie du larynx ne sont pas toujours aussi simples dans leurs moyens d'action balnéaires.

Ce qu'il faut surtout bien surveiller et, par conséquent, bien connaître, pendant les cures à Cauterets de la tuberculose laryngée, ce sont les réactions locales de la muqueuse du larynx, sous la double influence de l'eau de *Raillère*, en boisson, et en lavage, topiques (gargarismes, pulvérisations, etc.). Les applications locales méritent surtout la plus minutieuse attention; c'est le plus souvent leur abus qui provoque les accidents congestifs de la muqueuse du larynx, en deçà desquels la stimulation doit toujours s'arrêter.

J'ai, depuis longtemps, signalé ces particularités de pratique thermale, dans ma *Méthode pratique du* GARGARISME LARYNGO-NASAL (3e édit., 1881, p. 136 et *passim*).

On doit donc diriger sans les craindre les réactions laryngiennes. La suspension momentanée de la cure, l'emploi rationnel des demi-bains minéraux à 35° c. au moins, des pédiluves à eau courante (43° c.), des douches chaudes sur les membres inférieurs, sont, à Cauterets, les moyens faciles de cette direction. Le silence absolu est aussi de rigueur pendant ces cures délicates; et combien peu de malades consentent à s'y soumettre?

En général, les réactions laryngiennes franches, à marche rapide, bien proportionnelles à la sollicitation balnéaire, sont celles qui donnent les meilleurs, plus prompts et plus durables résultats. L'observation précédente en fournit une preuve saisissante.

Qu'ajouter maintenant à l'exposé qui précède?

Le cas ci-dessus résume réellement, à lui seul, toute cette dissertation.

Nombreux sont les cas analogues; et, s'ils n'ont pas tous la même certitude de diagnostic, ils n'en confirment pas moins la preuve de la puissance singulière de l'eau de la fontaine *Raillère* (associée ou non à l'eau de la source *Mauhourat*), prise sur place, et prudemment maniée, contre la *tuberculose du larynx*, « la vraie phtisie laryngée ». Que de médecins j'ai rendus témoins de faits de ce genre, quelquefois sur eux-mêmes! — Toutes les sources sulfureuses pyrénéennes, réputées dans la cure des maladies du larynx, fourniraient aussi, j'en suis convaincu, bon nombre de faits analogues.

Or, par une singulière coïncidence, ce sont les laryngologistes, qui ne sont pas encore venus étudier Cauterets et les Eaux pyrénéennes sur place, qui en contestent les beaux résultats.

Après ce qui précède, il n'est donc plus permis de dire : « Donner des eaux sulfureuses dans la tuberculose laryngée, c'est fournir un engrais à une terre parfaitement ensemencée et qui renferme des germes qui ne demandent qu'à se développer » (*Revúe médicale de Toulouse*, 1887, p. 364, et *Revue mensuelle de Laryngologie*, 1888, p. 359).

Car, nous pourrions aussi répondre, d'après une expérimentation analogue également sortie du « laboratoire de l'imagination » : Pour nous, dans la tuberculose du larynx, l'eau sulfureuse de *Raillère* agit à la fois des deux manières les plus précieuses contre la prolifération du bacille de Koch :

1° En stérilisant le terrain organique qui devient réfractaire au développement du bacille;

2° En tuant directement le bacille déjà développé.

Mais les cas malheureux incriminés?

Eh! bien, il faut reconnaître que l'action thermo-sulfureuse est arrivée trop tard.

Tantôt elle a pu, en exagérant imprudemment sa stimulation salutaire, accroître, au lieu de l'éteindre, la

réceptivité du terrain organique qu'elle a contribué à trop appauvrir.

Tantôt elle a pu provoquer les perturbations ultimes auxquelles l'organisme ne pouvait plus résister.

En résumé, pour mener à bien, à Cauterets, par exemple, la cure thermale de la *tuberculose laryngée*, il faut d'abord connaître à fond la marche de cette redoutable maladie, ses tendances et ses modes divers de terminaison ; — avoir l'expérience du médicament thermo-minéral, des propriétés singulières de l'eau sulfureuse de *Raillère* sur la vitalité de l'organe vocal et de l'appareil repiratoire tout entier, — et savoir enfin *mesurer au cas particulier à traiter* l'action stimulante, trophique et résolutive à la fois, du médicament naturel, spécial à Cauterets.

CONCLUSIONS

A l'encontre des idées déjà émises par quelques laryngologistes, nous formulons, à notre tour, les affirmations suivantes :

1° Bien que dites *sulfureuses*, les eaux thermo-minérales de Cauterets, bien maniées, exercent une action thérapeutique que l'on ne saurait identifier à celle des *sulfureux*, envisagés d'une manière générale ;

2° Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est (et ce ne sont pas les *moins sulfureuses*), qui exercent primitivement une action sédative, antispasmodique, hyposthénisante, antiphlogistique, puisque, employées en bains, elles éteignent directement la chorée, l'hystérie, l'eczéma humide, les névralgies rhumatismales (fontaines *Petit-Saint-Sauveur*, *Pauze-Vieux*, *Le-Bois*).

3° Parmi les fontaines médicinales de Cauterets, il en est une qui exerce une action très remarquable sur l'innervation et la nutrition, qu'elle régularise et *stimule* de manière à rétablir les fonctions organiques générales, perverties ou épuisées par les dyscrasies les plus graves, telles que la *tuberculose*.

Cette fontaine exerce, de plus, une action élective des plus singulières et des plus favorables sur les tissus et l'innervation nutritive des organes respiratoires, et en particulier sur la muqueuse laryngo-bronchique et sur la muqueuse du pharynx et des fosses nasales (fontaine *Raillère*).

4° Employée en boisson, en bains, ou, topiquement, sur la muqueuse accessible des voies laryngo-bronchiques, en pulvérisation, gargarisme, etc., utilisée seule ou associée avec d'autres sources sulfureuses de Cauterets, l'eau de la fontaine *Raillère* peut améliorer et guérir la *phtisie largngée* la plus authentique, même à une période avancée.

COMPTE RENDU

DU

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE

BRUXELLES, 1888

par le Dr Wagnier de Lille.

Séance d'ouverture, 10 septembre.

M. le Dr Delstanche fils, assisté de MM. les membres organisateurs du Congrès, prononce un discours d'ouverture dans lequel il souhaite la bienvenue à ses confrères étrangers et propose de constituer le bureau définitif.

Sur la proposition de M. Ménière, M. le Dr Delstanche est élu président par acclamation et MM. Delstanche père, et Sapolini (de Milan), sont élus présidents d'honneur.

MM. Benni (de Varsovie), Eeman (de Gand), Goris (de Bruxelles), Rohrer (de Zurich) et Schiffers (de Liège), sont nommés secrétaires.

Séance du soir.

Présidence de M. Delstanche fils.

M. Gradenigo fait une communication sur le **développement du pavillon de l'oreille chez l'homme et chez**

les mammifères ; cette communication a déjà été publiée *in-extenso* (1).

M. Rohrer dit avoir eu l'occasion de reconnaître l'exactitude de la théorie de His en ce qui concerne le développement de l'oreille qu'il approuve par conséquent.

M. Hartman (de Berlin). — **De la polyotie.**

L'auteur rapporte deux cas de malformation de l'oreille et présente des photographies de ces malformations. Ces deux cas avaient ceci de commun qu'ils se trouvaient au devant de l'oreille sous forme d'appendices auriculaires. Il existait en outre, dans un de ces cas, une deuxième malformation que l'on a pu considérer comme une oreille supplémentaire à cause de sa ressemblance avec le pavillon. Au devant de celle-ci existe une fistule.

On observait dans les deux cas une asymétrie de la face, portant principalement sur le maxillaire inférieur. Il y avait en outre sur la sclérotique, et dans les deux cas, de petites tumeurs de la grosseur d'une lentille. Dans le cas de polyotie, existait encore une fistule à deux millimètres au dessous de l'aile du nez.

L'asymétrie de la face peut être rapportée à un arrêt de développement du premier arc branchial.

Voici de quelle façon pourraient être expliquées les autres anomalies : 1° Que dans le développement de ce premier arc le même organe s'est développé plusieurs fois ; 2° Qu'il s'est formé un arc branchial double ayant donné naissance à chacune de ses extrémités à un organe ; 3° D'après Albrecht, ces malformations pourraient être expliquées par des arrêts de développement au niveau du *Rhinidion*, de l'*Ophthalmion* et de l'*Otidion*. C'est ainsi que s'expliquent les anomalies du nez, des yeux et de l'oreille.

Rohrer rappelle des faits analogues cités par Mayer et M. Knapp.

M. Knapp (de New-York) dit avoir publié une observation. analogue, dans laquelle l'oreille supplémentaire était bien plus déve-

(1) *Arch. per la sc med.*, Turin, 1888, et *Arch. f. de med.*, Wissenck, nos 5 et 6, 1888.

loppée que dans ceux rapportés par M. Hartmann ; le malade avait aussi une tumeur épisclérale.

M. Gellé. — **Des réflexes biauriculaires ; démonstration d'un centre réflexe oto-spinal ; de son siège dans la moelle cervicale.**

Dans une première partie de ce travail, l'auteur expose les méthodes qui lui sont personnelles pour l'examen et la constatation du jeu fonctionnel de l'appareil de conduction et d'accommodation de l'oreille.

Dans le chapitre suivant, il démontre l'association fonctionnelle des deux organes auditifs dans l'accommodation.

Par suite depressions faites sur l'oreille gauche, on observe l'atténuation du son du diapason placé en face de l'oreille droite, il s'agit là d'un réflexe normal, d'accommodation binauriculaire. Quand ce réflexe manque, toutes les autres conditions restant normales, il faut bien admettre que c'est le centre réflexe lui-même qui est atteint. Quel en est le point de départ? le mouvement imposé à l'appareil transmetteur d'un côté, c'est-à-dire les sensations musculaires, tendineuses, articulaires, etc. L'auteur prouve qu'on ne peut admettre comme origine du réflexe ni l'excitation du nerf acoustique, ni celle de la sensibilité générale (5e paire). C'est donc le grand sympathique. Quel est le siège de ce réflexe ?

L'auteur, dans la dernière partie de son travail, passe en revue toutes les maladies de la région cervicale et recherche les affections nerveuses, médullaires, dans lesquelles, les oreilles et l'audition restant normales, le réflexe binauriculaire faisait défaut, se guidant sur la notion du centre réflexe papillaire. Il a trouvé ce réflexe altéré dans huit observations de pachyméningites cervicales.

M. Gellé se croit donc autorisé à conclure que le centre réflexe de l'accommodation binauriculaire est situé dans la moelle et dans la région cervicale. (Voir aussi *Gazette des Hôpitaux*, 26 juillet 1888.)

M. Guye (Amsterdam). — **De l'ombre sonore comme cause d'erreur dans la mesure de l'acuité auditive** (1).

(1) Voir page 401.

M. Gellé demande si tous les malades présentaient les mêmes phénomènes aux mêmes distances ?

M. Guye. — Le sujet en observation étant étudiant en médecine ne pouvait être suspecté, d'autant plus que les résultats étaient identiques quand il avait les yeux fermés ; mais il ne faut pas oublier que ces résultats peuvent changer suivant la disposition de l'appartement et la place qu'occupe le malade.

M. Sapolini. — L'audition variant avec l'angle formé par l'acoumètre et le conduit, il est indispensable de se tenir dans la même direction.

M. Politzer. — Il est évident que les expériences de M. Guye sont très concluantes, car il n'est point douteux que le sujet en observation était toujours placé dans les conditions identiques.

M. Gellé observe que le son est perçu ou rejeté par l'oreille, suivant que l'acoumètre est placé dans l'axe du conduit ou un peu en arrière.

M. Guye dit avoir toujours pris la direction normale un peu en avant du pavillon, et qu'ainsi que le faisait observer M. Politzer, ses expériences étaient faites dans des conditions identiques.

M. Gradenigo rappelle que M. Longhi a publié cinq cas de scotome de l'audition.

M. Guye se propose de revoir ces faits dont il n'avait pas eu connaissance.

M. Sapolini (Milan). — **Sur un procédé usité depuis longtemps dans la pratique de l'auteur en vue de diminuer l'hypoacousie des vieillards.**

L'auteur fait fondre du phosphore dans de l'huile d'olive jusqu'à saturation et il introduit le liquide dans le conduit et sur le tympan à l'aide d'un pinceau.

Sur 69 vieillards traités il aurait obtenu 62 améliorations. Le résultat était bon toutes les fois qu'il n'y avait pas de paralysie de l'acoustique. Sous l'influence du traitement le tympan deviendrait plus souple, moins épais et sa vascularisation se trouverait augmentée.

M. Roosa (de New-York) observe avec raison que chez les vieillards l'hypoacousie ne dépend pas seulement de la membrane tympanique mais de lésions atrophiques et de paralysies. Il pense qu'Orne

Green a raison d'attribuer la surdité à l'atrophie du nerf et des tissus de la caisse. Aussi tout traitement est-il inutile et l'on doit se borner à préconiser des moyens hygiéniques.

M. le Dr Benni lit les conclusions du travail de M. le Dr Stein (de Moscou) **sur l'emploi de la résorcine** dans les maladies de l'oreille.

M. Stein étant absent, le mémoire n'est pas discuté.

M. Böke (Budapest). — **Des maladies de l'oreille dans le typhus et de leur traitement.**

Les complications auriculaires dans le cours du typhus ne sont pas très rares, elles surviennent généralement au moment de la convalescence. Elles sont ou inflammatoires ou centrales et portent sur l'appareil nerveux. La surdité est généralement complète et souvent bilatérale.

On observe dans ces cas des otites moyennes catarrhales ou suppurées et dans ces dernières l'apophyse est assez souvent atteinte.

L'auteur cite trois cas typiques de cette complication :

I. Il s'agit d'une femme sans antécédents héréditaires, ayant une ouïe à peu près normale avant le typhus dont elle fut atteinte. Pendant sa convalescence elle fut prise de bourdonnements et de surdité ; à l'examen le tympan était déprimé et l'on trouvait les signes de l'obstruction tubaire. Le diapason seul était entendu sur le vertex. Sous l'influence de politzérisations quotidiennes puis du cathétérisme et de l'administration d'iodure de potassium, une amélioration considérable se produisit. La malade entendait à 0,20 cent. à droite et à 0,30 cent. à gauche la montre ordinaire.

II. Le deuxième fait est relatif à une femme atteinte d'otite moyenne suppurée avec fongosités dans la caisse à droite, et de traces d'otorrhée à gauche, toujours consécutifs au typhus. Sous l'influence du traitement, l'oreille droite entendit à 0,10 cent. et la gauche à 0,60.

Le Rinne devint positif des deux côtés.

III. Le troisième malade eut une otorrhée avec périostite mastoïdienne.

L'auteur conclut en disant que les complications auriculaires du typhus ne diffèrent pas des autres affections de l'oreille et réclament le même traitement.

M. Suarez de Mendoza (d'Angers) appelle l'attention de ses confrères sur l'emploi de la pilocarpine dans les otites exsudatives survenues après la fièvre typhoïde. Une amélioration notable survient en général après 7 à 8 injections.

M. Gellé. — Tout le monde sait qu'au cours de la fièvre typhoïde la surdité (d'origine nerveuse) est la règle, mais il n'est pas rare de voir au moment de la convalescence une oreille redevenir normale et l'autre rester plus ou moins sourde. Cette dernière présente alors des lésions qu'il est important de traiter sans attendre une guérison naturelle qui ne se produirait pas.

M. Boke. — Je n'ai point parlé de la pilocarpine pour montrer que l'on pouvait arriver à un bon résultat avec les moyens habituels.

M. Suarez de Mendoza pense que la maladie disparaît plus vite par ce moyen.

M. Noquet (de Lille) lit un travail sur **Quelques considérations sur l'otite moyenne purulente chronique chez les alcooliques** (1).

Séance du 11 septembre, matin.

M. Nagel propose de renvoyer à la dernière séance la lecture des mémoires dont les auteurs sont absents.

M. Gellé approuve la proposition qui est adoptée.

M. Knapp. — **Sur l'utilité d'adopter une notation uniforme de l'acuité auditive**.

M. Knapp expose l'utilité qu'il y aurait à adopter une base conforme de notation et qui consiste à exprimer les degrés de diminution de l'ouïe par une fraction.

Ce procédé est emprunté à l'ophtalmologie.

On a objecté que l'intensité du son n'étant pas en raison directe (inverse) de la distance à laquelle se trouve le corps sonore dont la vibration est perçue mais en raison du carré de cette distance, on devra l'exprimer par la racine carrée de

(1) Sera publiée *in extenso*.

cette distance. La remarque est faite, mais elle s'applique également à l'optométrie, et cependant on n'en tient pas compte dans la notation. Chacun sait ce que cela signifie.

L'auteur voudrait qu'on ne réduisît pas non plus les fractions; que si un acoumètre, par exemple, qu'on entend normalement à 10 mètres n'est entendu qu'à 5 mètres, on doit écrire non 1/12 mais 5/10.

La méthode d'Hartmann lui paraît compliquée et longue.

Il confirme par l'équation h = 0,5/2 la diminution de l'acuité dans laquelle la montre est entendue à cinquante centimètres, tandis qu'à l'état normal elle est perçue à 2 mètres.

H = c/2 indique que cette même montre est entendue au contact.

H = p/2 indique qu'il faut presser la montre près de l'oreille pour qu'elle soit perçue.

H = t/2, v/2, d/2, ub/2, indique que la montre est perçue sur la tempe, le vertex, les dents ou de tous les points de la tête. H c/2 = 0, H m/2 = 0 H ub/2 = 0 indique que la perception n'a pas lieu.

La même notation est applicable à l'acoumètre, par exemple, les résultats de l'acoumètre de Politzer entendu normalement à 15 m. s'exprimeront par 15/15, 2/15, 0,1/15, etc.

Pour la voix, dit l'auteur, que chacun se rende compte de la manière dont sa propre voix est entendue normalement et on exprime alors ainsi les résultats.

V (voix haute) = 10/10 normal, 5/10, 0,3/10.

V (voix basse) = 20/20 normal, 4/20, 0,5/20.

Les mêmes notations s'appliquent au diapason; ainsi, si l'on veut exprimer qu'un diapason c/2, 5/12, doubles vibrations, est entendu pendant trente secondes sur l'apophyse mastoïde alors que, devant le pavillon, il est entendu pendant soixante secondes, on écrira F (furca) $C^2A = 60/60$, $Fc^20 = 30/30$, et on indiquera de la même manière les variations pathologiques.

$FC^20 = 0$ indique que le diapason n'est pas perçu sur l'apophyse mastoïde

L'auteur fait voir les avantages de sa méthode de notation qu'on peut appliquer à tout procédé actuel ou à découvrir.

M. Politzer accepte la proposition ; toutefois, il ne saurait admettre qu'on puisse comparer les résultats de la montre à ceux de l'acoumètre. Cependant il reconnaît que les résultats de l'acoumètre qu'il a inventé ne sont pas toujours identiques parce que les fabricants ne se conforment pas absolument au type primitif. Il se propose de modifier son acoumètre de façon à ce qu'il puisse être entendu normalement à 21 mètres.

M. Urban Pritchard indique le procédé de Gardner Brown qui consiste à mettre le diapason sur le nez et à comparer la durée de la perception tactile à celle de la proportion auditive.

M. Politzer (Vienne). — 1° **Recherches sur les changements pathologiques de l'oreille moyenne, avec démonstration.**

Le savant professeur de Vienne expose d'abord l'état de l'oreille moyenne pendant la vie fœtale, rappelant que la caisse est au moment de la naisance remplie d'un bouchon gélatineux qui se résorbe ensuite. A ce moment on trouve encore dans la caisse des filaments parfois assez nombreux dont il montre la disposition sur des pièces préparées qu'il fait circuler dans l'assemblée. Ces filaments *normaux*, dit l'auteur, servent-ils à l'audition? c'est là un problème à résoudre. Si l'on ne peut rien affirmer à cet égard, il est au contraire à peu près certain qu'après l'inflammation de la muqueuse qui tapisse la caisse, ces filaments deviennent le point de départ d'adhérences cicatricielles et favorisent ainsi l'ankylose de l'étrier.

M. Politzer expose ensuite le résultat des recherches faites par lui à l'hospice des Vieillards à Vienne, sur les modifications qui surviennent au niveau des branches ou de la platine de l'étrier dans la fenêtre ovale. Les exsudations qui se font à ce niveau, dit le savant praticien, deviennent le point de départ d'adhérences ultérieures qui sont : soit *membraneuses*, soit *osseuses*, suivant que le processus est plus ou moins avancé. L'auteur montre aux membres du Congrès un

magnifique cas d'adhérence osseuse où toute trace de platine a disparu, tellement elle fait corps avec les parois auxquelles elle est soudée. M. Politzer rappelle alors que M. Gradenigo a démontré que la platine de l'étrier était formée d'une couche cartilagineuse naissant de l'anneau labyrinthique et d'une couche osseuse extérieure. C'est cette disposition qui expliquerait l'ankylose osseuse de la base de cet osselet.

Passant aux suppurations chroniques de l'oreille moyenne, l'auteur établit que la niche des fenêtres ovale et ronde est remplie d'un tissu de nouvelle formation soudant l'étrier à la fenêtre ovale.

Enfin, de toutes ses longues et patientes recherches M. Politzer conclut qu'il est très important, au point de vue thérapeutique, de faire des recherches anatomo-pathologiques.

Ajoutons, pour être complet, que toutes ces théories étaient appuyées sur une quantité considérable de préparations microscopiques que chaque membre du Congrès a pu voir facilement à la loupe, et l'explication de chaque pièce anatomique était accompagnée d'un dessin très agrandi fait au fusain par l'auteur lui-même.

Malheureusement, M. Politzer a dû ne présenter que le squelette de son importante communication qu'il sera utile de lire *in extenso* dans le compte rendu du Congrès.

M. Gradenigo pense que le Professeur de Vienne vient de traiter une question fort importante, et il affirme avoir trouvé dans un cas une adhérence *normale* entre la base de l'étrier et la fenêtre ovale.

C'est la forme d'adhérence que l'on observe surtout dans l'otite scléreuse, qui est la plus héréditaire. Peut-être pourrait-on expliquer cette prédisposition par un état embyologique spécial de la fenêtre ovale.

M. Turnbull. — **Un cas de nécrose d'une partie des cellules mastoïdiennes et d'enlèvement complet du labyrinthe, avec paralysie du nerf facial et recouvrement partiel de l'ouïe.**

Le titre indique le sujet traité par cet auteur.

M. HARTMAN (de Berlin) a observé un cas de nécrose avec exfoliation du labyrinthe, et cependant le diapason vertex était entendu de ce côté, mais le malade était sourd à la voix.

M. POLITZER observe qu'un fait analogue à celui-là, montré par M. Burckhardt Mérian, au Congrès de Bâle, semblait indiquer que le son peut être perçu directement par le nerf acoustique.

M. BARR (Glascow) montre le sequestre du labyrinthe osseux d'un enfant de dix ans, atteint depuis plusieurs années d'otorrhée consécutive à une scarlatine. Le malade avait une paralysie faciale mais pas de trouble de l'équilibre, bien que les canaux semi-circulaires fussent éliminés.

M. GELLÉ. — Je demanderai à mes confrères s'ils pensent que l'on peut entendre sans oreilles, ou s'il ne vaudrait pas mieux supposer que les sequestres éliminés ne contenaient pas l'oreille toute entière. Je préférerai croire, pour ma part, qu'il existait encore une partie du labyrinthe qui percevait le son du diapason plutôt que de supposer qu'il existe des faits contraires à la physiologie.

M. SUÑÉ Y MOLIST. — **Sur les Otopathies consécutives aux traumatismes du maxillaire inférieur** (1).

M. MORPURGO (Trieste). — **Traitement des douleurs d'oreille.**

L'auteur recommande l'emploi de solutions phéniquées au 1/10 faites dans la glycérine, dans les cas d'otite moyenne catarrhale douloureuse. La plupart du temps, les douleurs se calment et très rarement l'oreille suppure.

D'après son expérience, M. Morpurgo engage vivement ses confrères à employer cette méthode, soit en instillations dans l'oreille, soit en badigeonnages sur le tympan avec un pinceau.

M. GELLÉ demande si les douleurs remontaient à plusieurs jours.

M. MORPURGO répond qu'il s'agissait, en général, de douleurs récentes.

M. MOURE demande si l'on n'a jamais observé des vésications de la membrane après l'emploi de solutions phéniquées au 1/10.

M. MORPURGO observe que le tympan tolère très bien cette médica-

(1) Sera publié *in extenso*.

tion et qu'il n'a jamais vu survenir d'inconvénients après l'emploi de ce procédé.

M. MÉNIÈRE dit employer, depuis déjà longtemps, la solution phéniquée au 1/10, qui est sa solution faible, et arriver même à des solutions plus concentrées, jusqu'à 1/2, dans les cas de perforations et d'otorrhées rebelles. Il n'a eu qu'à se louer de ce mode de traitement.

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

21me CONGRÈS ANNUEL TENU A NEW-LONDON CONN. LE 17 JUILLET 1888.

par le Dr GORHAM BACON, de New-York.

Traduit de l'anglais par le Dr J. Charazac.

Le Congrès est ouvert sous la présidence du Dr J. S. PROUT, de BROOKLYN, qui déplore la perte que vient de faire la Société dans la personne du Dr C. R. AGNEW, de New-York. MM. les Drs GORHAM BACON et W. H. CARMALT sont chargés de préparer une note à ce sujet.

Les Drs GREEN, THÉOBALD et CARMALT sont nommés membres du Comité.

Le Dr F. WILLIAMS, de Cincinnati, est élu membre honoraire de la Société.

Le Dr W. H. CARMALT présente le rapport de la Commission du Congrès des médecins et chirurgiens d'Amérique. Les conclusions du rapport sont adoptées, et il est décidé que la Société devra s'ajourner pour se rencontrer à Arlington-Hôtel, Washington, le 18 septembre 1888. Il est décidé, sur la motion du Dr J. GREEN, que dans cette réunion on ne s'occupera exclusivement que de questions scientifiques.

On lit le titre de deux communications du Dr S. SEXTON intitulées : **Périostite externe de l'apophyse mastoïde** et sur **quelques indications pour l'excision du tympan et du marteau.**

Le Dr Ch. H. BURNETT, de Philadelphie, rapporte **un cas de vertige otitique** (maladie de MÉNIÈRE) **guéri par l'excision du tmypan et du marteau.**

La malade, une fille âgée de trente six ans, avait été traitée six ans auparavant pour un catarrhe chronique naso-pharyngien et une otite moyenne catarrhale chronique accompagnée de dureté de l'oreille, de bourdonnements et d'une sensation de plénitude de l'organe malade. Le traitement n'avait amené aucune amélioration. Après un intervalle de six ans, les symptômes s'aggravèrent, la malade en outre éprouva des vertiges auriculaires très prononcés. Le tympan au niveau du manche du marteau adhérait au promontoire, et les vertiges, les bourdonnements et la sensation de plénitude furent attribués à la rétraction de la chaîne, conséquence de la dépression du tympan. L'excision de la membrane et du manche du marteau fut pratiquée après éthérisation de la malade. Les vertiges, les bourdonnements et la sensation de pression disparurent d'une façon complète, immédiatement après l'opération, et cet heureux résultat s'est maintenu jusqu'à ce jour. L'audition n'a pas été altérée par l'opération. L'enclume fut détachée de l'étrier, mais ne put être enlevée en raison de son adhérence à la partie supérieure de la caisse.

Le Dr J.-O TANSLEY, de New-York. — J'observe en ce moment une jeune fille opérée depuis environ dix-huit mois. Quand je la vis pour la première fois, le conduit auditif était rempli par des végétations, et elle présentait des symptômes cérébraux très sérieux. Les polypes furent enlevés, et je trouvai une portion du tympan conservée et au-dessus un point nécrosé, laissant pénétrer la sonde d'environ un quart de pouce. La malade fut observée chaque jour pendant deux mois. La nécrose guérit et la malade va assez bien. Il existe encore quelques symptômes cérébraux. Je considère l'excision du tympan et du manche du marteau comme une opération très sérieuse et qui ne doit pas être pratiquée à la légère.

Le D[r] Ch. Burnett. — Ma cliente n'est pas restée à Philadelphie, mais j'ai appris que, trois semaines après l'opération, un écoulement se produisit. Je ne considère pas l'opération comme dangereuse.

Le D[r] Chas. J. Kipp, de New-York. — Lucae a pratiqué fort souvent cette opération pour traiter les bourdonnements et les vertiges, mais l'a depuis abandonnée.

Le D[r] S. Sexton, de New-York, a très souvent pratiqué cette opération et a obtenu une amélioration notable des bourdonnements et des symptômes subjectifs, mais jamais d'aggravation.

Le D[r] S. Sexton présente une nouvelle **batterie portative** pour l'accumulation de la force électro-motrice et une **lampe** pour l'emploi de la lumière électrique en chirurgie. La batterie se compose de trois éléments. La lampe est une modification de celle de Trouvé, mais avec une lumière beaucoup plus vive. Un pareil éclairage est indispensable dans toutes les opérations sur l'oreille lorsque le malade est anesthésié. La batterie peut fonctionner d'une façon continue pendant vingt-quatre heures et conserve sa puissance pendant plusieurs mois.

La communication qui suit, du D[r] Buck, de New-York, traite : **Des influences réflexes sur la production du catarrhe naso-pharyngien.**

L'auteur s'est proposé d'attirer l'attention sur certaines causes qui agissent d'une façon indirecte dans la production du catarrhe naso-pharyngien et dont on peut s'expliquer l'action par l'intervention des fibres vaso-motrices du grand sympathique. La plus commune des causes indirectes du catarrhe naso-pharyngien est l'action du froid sur la surface du corps. L'irritation du conduit gastro-intestinal est parfois une cause très puissante du catarrhe naso-pharyngien et des troubles auditifs consécutifs à ce catarrhe. Chez bon nombre de malades, chez les hommes surtout, entre trente et quarante ans, chez lesquels on a toutes sortes de raisons de croire que

le tube gastro-intestinal est le siège d'une irritation habituelle plus ou moins grande, nous trouvons la muqueuse de la gorge rouge et gonflée. Dans les cas de ce genre, les troubles digestifs doivent surtout attirer l'attention du praticien. Les influences réflexes portant leur action sur la voûte du pharynx peuvent provenir également de sources beaucoup plus éloignées.

Une dame, âgée de quarante ans, se plaignait de bourdonnements dans les deux oreilles. Elle avait eu, à diverses reprises, de légères attaques de catarrhe rétro-nasal. Les bourdonnements étaient toujours améliorés par une forte cautérisation de la voûte du pharynx au nitrate d'argent. Mais bientôt ce moyen ne réussit plus à la soulager. La malade, en même temps, éprouvait des douleurs à la région pelvienne. Un gynécologiste, consulté, constata une rétroversion de l'utérus avec périmétrite. Celle-ci guérie, les bourdonnements disparurent sans aucun traitement du catarrhe.

L'auteur constate que ces diverses causes indirectes ont été décrites comme pouvant aggraver un catarrhe existant déjà, mais à l'état latent; il ne voit pas pourquoi dans certains cas elles ne joueraient pas le rôle de cause excitante, bien que cette opinion soit très difficile à prouver.

Le Dr J.-O. Tansley a rencontré plusieurs cas de catarrhe naso-pharyngien chez des jeunes filles de quinze à vingt ans, qui étaient anémiques et chlorotiques et souffraient de constipation, et considère cet état comme une cause de catarrhe.

Le Dr S.-D. Risley, de Philadelphie, dit qu'il est admis d'une manière générale que le catarrhe naso-pharyngien survient spécialement chez les arthritiques et les goutteux. Le catarrhe naso-pharyngien est une des manifestations les plus constantes de la lithémie.

Le Dr C.-H. Burnett, de Philadelphie, vu le nombre considérable de cas de surdité uniquement dus à la dyspepsie, considère le nitrate d'argent dont on vient de parler comme la plus mauvaise substance à employer en application locale

dans le nez et à la voûte du pharynx. Son emploi, tôt ou tard, s'accompagne de sclérose ou d'atrophie.

Le Dr S. Sexton a vu plusieurs cas dans lesquels le catarrhe naso-pharyngien et des symptômes auriculaires avaient été déterminés par une vive irritation de la bouche.

Le Dr J.-F. Voyes, de Detroit, dit qu'il est important dans notre pratique spéciale de tenir compte de la médecine générale.

Le Dr Samuel Théobald, de Baltimore, estime que l'atrophie consécutive au catarrhe hypertrophique est la conséquence de la continuation du catarrhe et non de l'application du nitrate d'argent. Il considère ce remède comme très utile.

Le Dr Chas J. Kipp partage l'opinion du Dr Théobald. Les solutions les plus fortes qu'il emploie ne dépassent jamais 1 gramme pour 30.

Le Dr A.-H. Buck lit un travail intitulé : **Contribution à l'étude de l'anatomie de l'oreille de l'éléphant.**

L'auteur montre une oreille d'éléphant et signale les particularités intéressantes. Le conduit auditif est entouré de cellules contenant de l'air, il mesure six pouces et demi de longueur. Le canal, au moment de l'examen, était rempli de produits de desquamation. Dans l'oreille moyenne, le manche du marteau paraît situé sur un plan horizontal. Il n'est pas vertical comme dans l'oreille humaine. La trompe d'Eustache passe à travers un système de cellules aériennes (air-cells) et vient s'ouvrir à travers l'une d'elles, tout près de la membrane du tympan.

Le Dr Huntington Richards, de New-York, rapporte : **un cas d'angiome polypiforme de l'oreille.**

La tumeur fermait presque complètement le conduit auditif, elle était de couleur rouge pourprée. La malade, âgée de six ans, fut amenée le 4 mai 1888. Il existait un écoulement abondant, fétide, non accompagné de douleurs et remontant aux premiers jours de février. L'audition était bonne. Pas

d'otorrhagie, état général excellent. La tumeur fut enlevée au serre-nœud en deux séances, et chaque fois une hémorragie abondante suivit l'extirpation. L'angiome paraissait inséré à la surface externe de la membrane du tympan, près de la saillie formée par la courte apophyse du marteau. Trois photographies (micro-photographs) accompagnent le travail.

Le D[r] RICHARDS rapporte : **un cas de fausse membrane du tympan** (*False drum membrane*).

Le malade, âgé de vingt et un ans, était absolument sourd de l'oreille malade. Le patient paraît avoir eu dans son enfance une otite moyenne chronique. L'autre oreille est atteinte d'otorrhée. A l'examen on constate une membrane obstruant le conduit auditif, dont la coloration est semblable à celle de la peau du conduit auditif. Une ouverture triangulaire est pratiquée à travers cette membrane. On aperçoit alors la paroi interne de l'oreille moyenne mais sans membrane du tympan. Il en résulte une légère amélioration de l'ouïe. Le malade, quelques jours après, ne présentait aucun écoulement de l'oreille.

MM. les D[rs] S. SEXTON, SUTPHEN, MATTHEWSON et THEOBALD prennent part à la discussion qui suit cette communication.

Séance du soir.

Le D[r] J.-B. EMERSON, de New-York, fait une communication sur **un cathéter flexible servant de tube de drainage** (*The flexible cathéter as a drainage tube*).

L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles il a fait usage d'un cathéter flexible, qu'il considère comme constituant le meilleur moyen de drainage dans certaines affections du conduit auditif et de l'apophyse mastoïde. Il s'en est servi avec avantage dans un cas d'exostose du conduit auditif et deux cas d'affection de l'apophyse mastoïde.

Le D[r] CHAS J. KIPP, de New-York, rapporte : **trois cas de nystagmus passager, bilatéral, consécutifs à une**

otorrhée (*three case of transient bilatéral, horizontal, nystagmus in connection with purulent, inflammation of the midle ear*).

1er cas. — Il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-et-un ans, qui a eu une otorrhée sept à huit ans auparavant. Trois mois avant d'être traité, il a eu un accès aigu et a souffert de violentes douleurs dans l'oreille et dans la tête. L'écoulement a diminué. Depuis deux ou trois semaines, il voit tous les objets en double, il a des vertiges et ne peut marcher. Le nystagmus est très marqué dans la position horizontale. Le vertige et le nystagmus durèrent quatre jours. Après la disparition de ce dernier, le vertige cessa.

2e cas. — Dans cette observation, il s'agit d'un homme atteint six ans auparavant d'une otite moyenne purulente. On pratiqua la paracentèse du tympan, mais les douleurs persistèrent longtemps. Un gonflement se produisit sur l'apophyse mastoïde accompagné de plusieurs accès épileptiformes. En comprimant l'apophyse mastoïde, on fit un jour sourdre du pus par le conduit. Il se produisit en même temps une douleur lancinante dans la tête et du nystagmus. Ce dernier persista pendant dix minutes et se reproduisit à chaque pression exercée sur l'apophyse mastoïde. Depuis lors, l'apophyse mastoïde a été ouverte et l'état du malade s'est beaucoup amélioré.

3e cas. — Un jeune homme a eu une otorrhée accompagnée de vives douleurs. Le traitement n'a pas réussi à améliorer son état et n'a été continué que pendant trois semaines. Un gonflement se produisit derrière l'oreille, une incision fut faite qui laissa s'écouler une grande quantité de pus. Il en résulta pour le malade un soulagement notable. Quelques jours plus tard, une injection ayant été faite avec force dans la plaie, le liquide s'écoula par l'oreille. En même temps le malade éprouvait une vive douleur lancinante dans la tête et du nystagmus qui persista quelques minutes. Les injections produisirent toujours le même phénomène lorsque celles-ci étaient faites avec force.

Le Dr J.-O Tansley, de New-York, présente **un serre-nœud pour l'oreille.**

On lit le titre d'un travail du Dr S. Sexton, de New-York, sur **les corps étrangers du conduit auditif externe.**

Séance exécutive.

On nomme les membres du Comité pour l'année suivante :

Président : Dr J. S. Prout, de Brooklyn.

Vice-Président : Dr Gorham-Bacon, de New-York.

Secrétaire et Trésorier : Dr J.-J. B. Vermyne, de New-Bedfort-Mass.

Membres du Comité : MM. les Drs A. Matthewson, D. B. Saint-John Roosa et John Green.

MM. les Drs W. H. Carmalt, de New-Haven, et Gorham-Bacon, de New-York, sont délégués au Congrès des médecins et chirurgiens américains.

La Société se sépare pour se réunir de nouveau à Washington, Arlington-Hôtel, le 18 septembre 1889.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Traitement de la stomatite mercurielle par des lavages au sublimé, par M. A. Dersser.

C'est à M. de Renzi qu'on doit l'idée de ce traitement. Il consiste à se laver tous les jours la bouche avec un demi-litre d'une solution de sublimé à 0 gr. 25 pour 1000.

Pour expliquer un pareil traitement d'une apparence si paradoxale, l'auteur a émis l'hypothèse suivante : le mercure ne produit la stomatite qu'indirectement, en modifiant la nutrition des éléments anatomiques de la bouche, en les affaiblissant et en les mettant dans de très mauvaises conditions pour s'opposer aux fermentations toujours imminentes dans cette cavité peuplée de germes. Dès lors on comprend l'utilité du sublimé comme antiseptique pour détruire ces fermentations putrides. (*La Thérap. contemp.* n° 14, 6 avril 1888.)

E. P.

Les dangers d'hémorragie après l'amygdalotomie (*The dangers of hemorrage after tonsillotomy*), par le Dr Louis E. Blair.

Le Dr Blair rapporte deux cas d'ablation de l'amygdale faite avec l'amygdalotome chez deux malades âgés, le premier, de vingt-un ans, le second de vingt-sept ans, qui donnèrent lieu à une hémorragie considérable. La compression dans les deux cas put seule arrêter l'écoulement sanguin. (*Albany medical Annals*, février 1888.) Dr J. Ch.

Communication sur le phlegmon infectieux primitif du pharynx (*Ueber acute infectiose Phlegmone des pharynx*), par le Prof. Senator.

Ont pris part à la discussion : les Drs Guttmann, Senator, Wirchow et Sonnenbourg; l'opinion du Dr Guttmann étant celle qui doit être regardée comme la conclusion à laquelle s'est arrêtée la discussion, nous allons la résumer en quelques mots :

Le Dr Guttmann s'étonne que le Dr Senator ait dit que cette maladie n'était nulle part décrite; c'est une erreur, il y a longtemps que les auteurs français l'ont fait; on en trouve aussi une excellente description dans la *Pathologie spéciale* de Ziemssen, au chapitre des maladies infectieuses; de même dans la *Pathologie* de König et dans celle de Eichhorst; mais cette affection a été décrite sous un autre nom, sous celui d'*Érysipèle primitif du pharynx*.

Il ne saurait revenir sur la nature de l'affection décrite par Senator; cet auteur a dit que ce n'était pas un érysipèle, parce qu'il n'avait trouvé ni érysipèle de la face, ni microbes d'érysipèle dans les tissus. Toutefois le Dr Guttmann se permet de faire les remarques suivantes :

Dans la *Pathologie* de Ziemssen, il est dit qu'à côté de l'érysipèle secondaire consécutif à cette même affection de la face il existait une localisation primitive de la maladie dans le pharynx, qui envahit secondairement le larynx, s'accompagne de grosse rate, d'albuminurie, etc., et qui amène la mort par infection générale. Ensuite il fait remarquer qu'il est très délicat d'affirmer qu'il n'y a pas de microbes d'érysipèle dans le corps parce que l'on n'en a pas trouvé dans un morceau de tissu. Senator ne peut pas, en se basant sur l'analyse d'un

seul cas, nier l'origine érysipélateuse de son affection; du reste, nous n'avons jusqu'ici aucun moyen exact de reconnaître si une inflammation du pharynx est de nature érysipélateuse; pour cela il faudrait avoir recherché si les microbes érysipélateux existent oui ou non dans la muqueuse d'un pharynx atteint d'érysipèle secondaire consécutif à celui de la face. Il n'existe encore aucune communication en bactériologie qui établisse l'existence du microbe érysipélateux dans une muqueuse atteinte de cette affection.

Quant aux nombreux microbes isolés et cultivés par Langerhorns, ils n'ont rien à faire avec l'affection décrite, puisque inoculés chez des animaux ils ne l'ont pas reproduite.

En résumé, pour ce qui concerne la nature de la maladie, Guttmann la regarderait volontiers comme érysipélateuse, mais toutefois il préfère laisser la question pendante.

Quant à la description de la maladie, elle a été très bien faite depuis longtemps, ce n'est donc pas un nouveau type clinique que celui que décrit Senator. (Société médicale de Berlin, séance du 18 janvier. *Berl. Klin. Woch.*, n° 6, 1888.)

V. RAULIN.

Contribution à l'étude du phlegmon infectieux primitif du pharynx *(Zur Keuntniss der acuten infectiosen Plegmone des Pharynx)* par le Dr W. HAGER de Waudsbeck.

L'auteur rapporte un cas de phlegmon infectieux du pharynx dans lequel, comme dans ceux de Senator, on pût reconnaître trois périodes dans l'évolution.

La première période fut caractérisée par une angine débutant brusquement avec du délire et sans cause connue.

Dans la seconde période, l'inflammation gagna le voisinage, l'œsophage, l'estomac, le tissu péri-œsophagien, le larynx où elle détermina des accidents qui firent penser un instant à pratiquer la trachéotomie.

A la troisième période, on fut en présence d'une septicémie générale consécutive à la résorption du pus formé dans le tissu cellulaire péri-œsophagien.

L'auteur a cru devoir publier ce cas qui est intéressant à plusieurs points de vue.

D'abord la durée de la maladie a été d'un mois, tandis que

la durée la plus longue des cas observés par Senator fut de 16 jours; ensuite la propagation du phlegmon à la couche péri-œsophagienne est à remarquer, de même pour les phénomènes métastatiques dus à la septicémie, accidents observés du côté des plèvres et des articulations; enfin la maladie s'est terminée par la guérison, ce qui n'avait pas encore été observé. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 12, 1888.) V. R.

Des néoplasmes de la mâchoire supérieure et des résultats de leur traitement opératoire *(Ueber die Neubildungen des Oberkiefers und den Erfolg ihrer operativen Behandlung)*, par le Profes. Kuster.

L'auteur, après avoir cité les travaux sur la question de Rabe, d'Ohlemann, de Winiwarter, de Beyer et de Birnbaun, rapporte les cas de tumeurs primitives qu'il a observés sur la mâchoire supérieure.

Carcinome.....	20
Sarcome	14
Adénome......	2
Fibrome.......	2
	38

Les fibromes ont été observés sur le rebord alvéolaire ou bien sur la paroi nasale de la mâchoire supérieure.

Les adénomes ne naissent pas à proprement parler de la mâchoire supérieure, mais de la muqueuse riche en glandes des cornets de l'antre d'Higmore et de la portion nasale de la mâchoire supérieure; dans les deux cas observés, la tumeur qui remplissait le sinus maxillaire fut enlevée par la résection totale du maxillaire et n'a pas récidivé.

Les sarcomes primitifs ont occupé les points suivants :

1° Sarcomes à cellules géantes	le rebord alvéolaire......	5 fois.
	la voûte palatine osseuse.	1
	le corps du maxillaire....	3
2° Sarcomes à petites cellules rondes.... ou fusiformes (sarcomes malins).	5 cas observés.	

Les 9 cas de sarcomes à cellules géantes ont guéri sans récidives, 6 résections partielles et 3 résections totales furent pratiquées.

Les 5 cas de sarcomes malins furent traités par la résection totale de la mâchoire supérieure ; deux malades moururent des suites de l'opération et les 3 autres de récidives.

Sur les 20 cas de carcimone, 17 furent traités par la résection totale du maxillaire supérieur ; 1 cas nécessita l'ablation des 2 maxillaires ; deux fois Küster pratiqua une résection partielle ; 5 des malades sont morts des suites de l'opération, 1 d'une maladie intercurrente, 13 de récidives et 1 vit encore avec une récidive.

Les opérations et les résultats opératoires pratiqués pour toutes ces tumeurs de la mâchoire supérieure fournissent les données suivantes :

Résection partielle............	8 fois	8 guérisons	
Résection totale...............	29	21	8 morts.
Résection ostéoplastique.......	1	1	
Opérations diverses de récidives	10	10	

Les causes des 8 cas de mort après la résection totale se répartissent ainsi :

Broncho-pneumonie putride..................	4 fois
Anémie.................................	2
Accidents métastatiques....................	1
Gastro-entérite hémorragique................	1
(Empoisonnement par le sublimé.)	

(*Berl. Klin. Woch.*, n° 14, 1888.) V. R.

Deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la fosse épiglottique (amygdale linguale) *(Two cases adenoid tissu in the epiglottidean fossæ)*, par le Dr Beverley-Robinson.

Le Dr Beverley-Robinson rapporte deux cas d'hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue. Dans le premier, le malade était atteint d'une paralysie de la corde vocale droite ; il présentait en outre de l'hypertrophie des glandes de la trachée (?). Pendant le traitement qui consistait en application locale d'acide chromique à l'aide de l'instrument de M. Coy, le malade fut pris d'une gêne respiratoire énorme qu'on essaya de combattre à l'aide des tubes de O'Dwyer, mais sans grand résultat.

La respiration redevint facile après le rejet par le malade

d'une grande quantité de pus provenant sans doute d'un abcès de la trachée ouvert par l'application des tubes.

Le malade présentait à la base de la langue des masses de tissu adénoïde hypertrophié mais qui ne nous paraissent avoir aucun rapport avec la paralysie de la corde vocale.

Dans le second cas, il existait également de l'hypertrophie notable de l'amygdale linguale qui avait déterminé chez la malade, d'abord une légère fatigue de la voix chantée, plus tard le chant devint impossible et la malade ne pouvait lire à haute voix que pendant un temps très court. A plusieurs reprises même, elle a été absolument aphone. (*The med· Record,* 4 février 1888.) Dr J. Ch.

Contribution à la pathologie de la quatrième amygdale,
par le Dr Albert Ruault.

L'amygdale linguale, tout aussi bien que les amygdales palatines, peut être le siège d'un état inflammatoire aigu, subaigu ou chronique. La forme chronique paraît être la plus commune, elle consiste en une hypertrophie de tous les éléments des follicules linguaux qui sont ainsi augmentés de volume en totalité. Il est rare que l'amygdalite préépiglottique soit la seule lésion que révèle l'examen ; il existe d'ordinaire, en même temps de la pharyngite granuleuse, de l'hypertrophie tonsillaire de la rhinite hypertrophique ou de la laryngite.

Les symptômes sont multiples, aucun d'entre eux n'est pathognomonique, la réunion de plusieurs d'entre eux peut cependant faire soupçonner la maladie. Le symptôme le plus fréquent paraît être la sensation de corps étanger à la gorge. Il est des malades qui croient avoir dans la gorge un cheveu, un fil, une boule ; ils font pour s'en débarrasser de continuels mouvements de déglutition. Quelquefois, la sensation de corps étranger est remplacée par un sentiment d'étranglement, de constriction à la gorge.

Les troubles de la voix accompagnent très souvent l'hypertrophie de l'amygdale linguale ; ils consistent soit en une sensibilité insolite à la fatigue, les malades ne pouvant parler et chanter que très peu de temps sans éprouver une fatigue

insurmontable, soit en des inégalités, la voix est bonne un jour, mauvaise le lendemain. Certains chanteurs se plaignent que leur voix a perdu sa pureté; d'autres sa justesse.

La toux survenant par quintes, quelquefois incessante, des accès asthmatiques ou des phénomènes dyspnéïques ressemblant à des accès d'asthme, des accidents dyspeptiques peuvent être la conséquence de l'amygdalite linguale. La dyspepsie est peut-être due à la grande quantité de salive qu'avalent certains malades pendant les efforts de déglutition qu'ils font presque continuellement pour se débarrasser du corps étranger qui les gêne.

Diagnostic : Impossible à faire à l'aide des seuls symptômes le miroir seul permet d'y arriver facilement. L'important est d'y penser. Pronostic bénin, si l'affection est convenablement traitée.

L'inflammation aiguë de l'amygdale linguale hypertrophiée n'est pas très rare d'après le Dr Ruault. Gleitsman en a rapporté un cas. L'auteur en a observé deux.

Le traitement consiste à réduire le volume de l'amygdale hypertrophiée. On a conseillé l'acide chromique, le nitrate d'argent, les solutions iodo-iodurées, le galvano-cautère. C'est à cette dernière méthode que l'auteur donne la préférence.

Les cas observés par lui sont au nombre de 14, 8 femmes et 6 hommes. Les malades avaient de 18 à 45 ans. Il rapporte l'observation de deux d'entre eux qui lui a paru intéressante par ce fait que les malades ont guéri uniquement par le traitement local de l'amygdale hypertrophiée. Le travail se termine par un cas d'inflammation aiguë. *(Archives de laryngologie; France méd.*, nos 65, 66 et 67, 15 juin 1888.)

Dr J. CHARAZAC.

Dysphonie, paralysie de la moitié droite du voile du palais et de la langue..... etc. *(Disfonia, paralisis de la mitad derecha del velo del paladar y de la lengua..... etc.)*, par le Dr D.-F.-J. VILATO.

L'auteur rapporte l'observation d'une fillette de sept ans, d'un tempérament lymphatique très prononcé. Il y a trois ans, après des troubles gastro-intestinaux de longue durée, la malade contractait la coqueluche, et, pendant la convales-

cence de cette dernière, la diphtérie. On constatait à partir de ce moment des troubles de la voix, de la déglutition, etc.. A l'examen on pouvait voir que la langue se déviait à droite, et qu'il existait en outre une paralysie de la moitié droite du voile du palais. Les membres supérieurs et inférieurs étaient atteints de parésie manifeste. Le corps était courbé en avant, la sensibilité normale. Point de côté à droite, quelques quintes de toux, respiration normale, pas d'affection thoracique. M. Vilato diagnostiqua une paralysie de la moitié de la langue, du voile du palais, du larynx, une parésie générale, la toux d'origine diphtéritique. Ce praticien eut l'idée de traiter ces paralysies par la suggestion hypnotique. Il endormit la malade et lui ordonna de parler plus distinctement et à haute voix, de redresser son corps, etc. Après quelques séances, il se produisait une guérison radicale.

Nous croyons avec M. Vilato aux bons effets de la thérapeutique suggestive, mais nous sommes persuadés d'un autre côté, connaissant surtout les lésions profondes de la paralysie diphtéritique, que cet auteur a fait une erreur de diagnostic au point de vue de l'étiologie de l'affection, qui, incontestablement, doit être rapportée à l'hystérie. (*Gazeta Médica Catalana*, 15 mars 1888.) LACOARRET.

LARYNX ET TRACHÉE

De l'ictus laryngé, par le Dr Ed. Weill, agrégé et médecin des hôpitaux.

Après avoir dit ce que l'on doit entendre sous le nom d'ictus laryngé et fait l'historique de la question, l'auteur cite une observation personnelle, qui présente quelques particularités intéressantes.

Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans, vigoureux et obèse, alcoolique, sans antécédents héréditaires. Pour la première fois, il y a huit ans, il eut des accès d'asthme fréquents. Depuis six ans, les accès se sont espacés, et on trouve actuellement des signes de bronchite emphysémateuse. Rien de particulier ni du côté des organes, ni du côté des urines. A chaque accès d'asthme, outre une oppression continue qui

dure quelques jours, le malade présente une toux quinteuse spasmodique, se répétant plusieurs fois dans la journée et d'une durée de dix minutes à une heure. Cette toux est précédée d'une sensation de chatouillement au gosier, et s'accompagne parfois d'une véritable anxiété : le malade asphyxie.

Parfois, le chatouillement laryngé provoque quelques secousses de toux, et très rapidement, sous cette anxiété asphyxique habituelle, sa tête s'incline sur la poitrine, *il perd connaissance pour un temps très court,* qu'il évalue à deux secondes. Alors il redresse la tête, et s'aperçoit que son membre supérieur droit est agité pendant quelques secondes de mouvements cloniques. En même temps et exclusivement du côté droit, il éprouve une sensation auditive de bruit de cascade. Ces deux phénomènes concomitants s'effacent ensemble. A ce moment, le malade a la tête un peu lourde et l'oppression habituelle aux asthmatiques, oppression qui n'est cependant pas aussi prononcée que lors de ses accès de toux spasmodique. Le souvenir est conservé, ces crises n'ont jamais présenté le caractère épileptique.

Les accès d'ictus laryngé se sont toujours produits sous l'influence asthmatique. La relation entre ces deux états est donc ici bien nette.

Ce qu'il y a de particulier dans cette observation, c'est que les convulsions succèdent à l'ictus et s'accompagnent de bruits auriculaires de cascade. Le malade distingue très nettement les deux sortes de crises qu'il éprouve, et on peut remarquer que la perte de connaissance se produit dans les accès non asphyxiques et ne dépend par conséquent pas d'eux.

L'auteur expose ensuite la physionomie habituelle de l'ictus laryngé et recherche l'interprétation pathogénique des phénomènes signalés. Il rappelle les expériences de Vulpian, Rosenthal, Franck, Brown-Séquard, sur la sensibilité de la muqueuse laryngée, et les cas cliniques de Krishaber et de Charcot sur les phénomènes réflexes produits par l'irritation du larynx. S'appuyant sur ces faits, il lui paraît rationnel d'admettre que les différents traits de l'ictus laryngé ont pour

raison d'être une propriété physiologique de la muqueuse de l'organe vocal, propriété susceptible d'être actionnée par nombre d'influences morbides. Mais le plus souvent cette excitation de la muqueuse détermine un spasme des muscles du larynx et crée une asphyxie, qui, pour son propre compte, détermine des symptômes nerveux analogues à ceux de l'ictus laryngé. Dans ce cas, au lieu d'agir isolément, les deux influences ajoutent leurs effets, et on doit savoir faire la part de ce qui revient à chacune.

L'ictus laryngé se rencontre dans des conditions pathologiques diverses, en pleine santé, chez les asthmatiques, comme symptôme de polypes du larynx ou de lésions tabétiques, etc. (l'auteur fait des réserves au sujet du spasme de la glotte et de la coqueluche). On peut donc le considérer comme un syndrôme relevant de causes diverses, mais sous la dépendance d'une excitation laryngée.

Le pronostic en est variable, selon la maladie à laquelle il est associé.

Le traitement doit avoir pour objet de calmer la susceptibilité du larynx en agissant soit directement sur l'organe, (révulsifs, badigeonnages à la cocaïne, aspiration de vapeurs d'acide carbonique), soit en modifiant l'excitabilité des centres nerveux (bromure). (*La Province médicale*, 3 décembre 1887.)

L. Lacoarret.

Signification de l'enrouement et de l'aphonie dans les cas de phtisie pulmonaire *(Significance of hoarseness and aphonia in cases of pulmonary phthisis)*, par le Dr Barclay Baron.

L'enrouement et l'aphonie accompagnent souvent la phtisie pulmonaire, mais, s'il est fréquent d'observer des troubles de la voix, il est rare de constater l'aphonie complète. Divers états pathologiques révélés par l'examen laryngoscopique déterminent les troubles vocaux.

1° Le catarrhe simple du larynx. — La muqueuse du larynx et des cordes vocales est rouge et gonflée, il existe une exagération des sécrétions de la muqueuse. En somme, il s'agit d'une laryngite catarrhale plus ou moins intense. C'est dans les cas de ce genre que l'aphonie s'observe le plus sou-

vent. Certaines de ces laryngites guérissent, mais le pronostic doit être réservé, car la répétition de ces laryngites est souvent suivie d'infiltration tuberculeuse.

2° Anémie du larynx. — Dans certains cas d'enrouement, chez les tuberculeux, on constate simplement au larynx un état d'anémie considérable. Le malade, dans les cas de ce genre, est très rarement aphone.

3° Paralysie d'une corde vocale. — Dans les cas de ce genre, la corde paralysée affecte la position cadavérique, les causes de la paralysie sont la compression du récurrent par les glandes bronchiques hypertrophiées ou l'induration avec gonflement pleurétique du sommet du poumon.

4° Phtisie laryngée. — L'infiltration tuberculeuse du larynx détermine souvent l'enrouement ou l'aphonie. Le malade peut être aphone avec des lésions légères ; dans certains cas, on rencontre simplement une tuméfaction ou des papillomes à la région interaryténoïdienne.

5° La syphilis laryngée peut coexister avec la tuberculose pulmonaire ; on doit alors donner le traitement spécifique. (*The Bristol Medico chir. Journ.*, mars 1888.) Dr J. Ch.

Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme, par le Dr M. Luc, ancien interne des hôpitaux.

M. le Dr Luc rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte d'une tuberculose laryngée et pulmonaire déjà avancée : le sommet du poumon gauche présentait de la matité et des craquements humides ; du côté du larynx, les cordes vocales rouges gonflées ne pouvaient se rapprocher par suite de l'infiltration considérable de la muqueuse aryténoïdienne recouverte de masses végétantes qui proéminaient dans la glotte.

Ces végétations furent détruites au galvano-cautère après anesthésie du larynx à l'aide d'une solution de cocaïne à 1/5 ; à la chute des escharres on put constater une diminution de l'infiltration et le rapprochement plus aisé des cordes vocales. Enfin, durant six mois, le larynx de la malade fut badigeonné

avec une solution d'acide lactique à 5 0/0, puis rempli par insufflation d'iodoforme porphyrisé.

La malade a aujourd'hui la voix presque normale, le cornage et les douleurs laryngées ont disparu, et l'expectoration a diminué. Le larynx est redevenu à peu près normal, et les lésions qu'il présentait sont cicatrisées. Néanmoins, la tuberculose pulmonaire existe toujours. *(Union médicale*, 16 février 1888, n° 21.) E. P.

Communication sur l'emploi de l'acide lactique dans la tuberculose du larynx (*Tiu Beitrag zur Wirkung der Milchsaure bei Tuberculose des Kehlkopfs)*, par le Dr WLADISLAUS OLTUSZEWSKI de Varsovie.

La possibilité de guérir la tuberculose laryngée sur laquelle le travail de Hering a attiré l'attention des médecins et l'existence de la phtisie laryngée primitive admise depuis longtemps par les cliniciens et dernièrement par les anatomopathologistes après la publication du cas observé par Dr Pogrebinski, changent complètement nos vues sur la thérapeutique de la phtisie laryngée.

A côté du traitement général, on doit maintenant faire jouer un grand rôle au traitement local. D'après les observations de Krause, de Jellinck et de Héring, contrôlées et confirmées par l'auteur, l'acide lactique est appelé à rendre de grands services dans le traitement local de la tuberculose laryngée.

L'action de l'acide lactique consiste à faire disparaître les tissus pathologiques, les infiltrations tuberculeuses et les ulcérations sans attaquer les parties saines de la muqueuse : il tue en outre les bacilles de Koch.

L'auteur rapporte 9 cas de phymie laryngée ulcéreuse qu'il a traités par l'acide lactique, il a eu 6 guérisons complètes, une incomplète, une amélioration et un seul résultat négatif.

Se basant sur ces observations, et d'accord avec Krause, Jellinck et Héring, l'auteur constate :

1° Que l'acide lactique modifie très vite les ulcérations tuberculeuses du larynx, qui sont accessibles à son action, celles des cordes vocales de l'épiglotte.

Ces ulcérations surtout, si elles sont superficielles, guérissent constamment après quelques attouchements à l'acide lactique ;

2° Que l'action de l'acide lactique dans les ulcérations de la paroi postérieure du larynx, quoique lente, est encore favorable, surtout si ces ulcérations ne sont pas situées trop profondément ;

3° Que les infiltrations plastiques ou réactives s'amoindrissent par l'emploi de l'acide lactique, les premières moins vite que les dernières ;

4° Que l'acide lactique facilite la déglutition, et améliore la voix.

Lorsque les ulcérations de l'épiglotte, des fausses cordes vocales, de la paroi postérieure du larynx s'accompagnent d'une infiltration périphérique, plastique, très intense et de granulations, l'action de l'acide lactique est plus efficace si l'on a eu soin de gratter ses néoformations avec la cuillère tranchante.

L'auteur est loin de regarder l'acide lactique comme le spécifique de la phymie laryngée, mais il pense que, par son emploi local combiné avec la médication générale, il est possible d'obtenir une guérison sûre et durable, guérison qui dépend aussi de l'état général du malade, de sa température et du stade auquel est arrivée la maladie. (*Deut. med. Woch.*, n° 8, 1888.) V. R.

Un cas de néoformation tuberculeuse primitive du larynx *(Primäre tuberculose Neubildung des Larynx)*, par le Dr Karl Dehio, de Dorpat.

L'observation concerne un malade âgé de quarante et un ans, en bonne santé et ne présentant aucun symptôme de tuberculose ou de syphilis.

Le malade se plaignait depuis le mois de juin 1887 d'un enrouement intermittent et, depuis le mois de novembre, de quelques douleurs à la déglutition ; pas de troubles respiratoires.

Quelques petits ganglions durs, douloureux de chaque côté du larynx, particulièrement à gauche.

A l'examen laryngoscopique, on trouve : l'épiglotte, le cartilage aryténoïde droit, le repli aryténo-épiglottique droit, décolorés; le côté gauche du larynx était un peu enflé, rouge, mais sans traces d'ulcération.

L'intérieur du larynx se trouvait occupé par une tumeur qui, par une large base, s'implantait sur presque toute la largeur de la bande ventriculaire gauche; elle s'avançait sur la ligne médiane au point de cacher la corde vocale gauche; en arrière seulement, on pouvait en voir la partie attenant à l'apophyse vocale; la tumeur, d'un aspect grisâtre, avait une surface bosselée et se continuait sans ligne de démarcation bien nette avec la muqueuse rouge et gonflée de la bande ventriculaire.

Du côté de l'appareil respiratoire, pas de symptômes pouvant faire penser à une lésion, pas de toux, pas d'expectoration, pas de douleur, etc.

Le Dr Karl Dehio, pensant être en présence d'une tumeur maligne, en proposa l'extirpation par la laryngotomie; l'opération fut faite par le Dr Wahl; la tumeur fut enlevée avec une partie saine de la muqueuse adjacente et du tissu cellulaire sous-muqueux qui ne paraissait nullement atteint.

L'examen microscopique de la tumeur, fait par le Prof. Thoma, permit de reconnaître qu'elle était constituée par des tubercules miliaires; en outre, dans la masse tuberculeuse, on constata l'existence de nombreux bacilles de Koch; on était en présence non point d'une infiltration tuberculeuse diffuse, qui est la forme la plus ordinaire, mais d'une forme rare caractérisée par une tumeur circonscrite à marche lente. Dans ce cas, il s'agissait d'une tumeur tuberculeuse primitive; dans les cas rapportés au Congrès de Copenhague par Schnitzler et Schäffer, il s'agissait au contraire de tumeurs secondaires, la lésion pulmonaire permettait de faire le diagnostic.

Après l'opération, la maladie évolua très vite; le malade mourut sept semaines plus tard après avoir présenté de la toux, de la fièvre hectique, des expectorations muco-purulentes et les symptômes physiques de la tuberculose pulmo-

naire; la tumeur avait récidivé quelques jours après; l'autopsie ne put être faite.

On doit, dit l'auteur, retenir de ce fait : 1° Qu'il existe des tumeurs tuberculeuses primitives du larynx qui peuvent rester assez longtemps sans subir la calcification ; 2° Que l'ablation de ces tumeurs est dangereuse pour les malades, car les germes de l'infection, jusqu'alors enfermés dans la tumeur, pénètrent par la plaie nouvellement faite dans tout l'organisme et déterminent l'infection secondaire des poumons ; 3° Si toutefois on voulait les enlever, il faudrait le faire au galvano-cautère et non au bistouri. (*St-Petersb. Med. Woch.*, n° 16, 1888.) V. RAULIN.

Fracture du larynx (*Fracture of the Larynx*), par le Dr HOWARD FUSSELL.

L'auteur rapporte un cas intéressant de fracture du larynx survenu chez un enfant de quinze ans, à la suite d'un coup de balle lancée avec force et ayant porté directement sur le larynx. Quelques minutes après l'accident, il rejeta une quantité de sang considérable, et la respiration devint très difficile. Au bout d'une demi-heure, il perdit connaissance et resta dans cet état jusqu'à ce que la trachéotomie eût été faite. Le Dr Fussel vit le malade une heure après l'accident, il était sans connaissance, la face et les mains étaient cyanosées et une écume sanglante s'écoulait de la bouche, la respiration était striduleuse, la partie antérieure du cou était affaissée, et les deux côtés du cou étaient le siège d'un emphysème considérable. Le moindre attouchement du larynx déterminait des accès de suffocation, en même temps qu'il permettait de sentir la crépitation des deux ailes du thyroïde. La trachéotomie fut faite et le patient parut ressusciter, mais trois heures après, alors qu'il paraissait en excellent état, il mourut subitement. L'autopsie ne fut pas faite, mais la canule trachéale, enlevée, était absolument libre. L'obstruction était probablement le résultat de la fracture du thyroïde, qui avait été repoussé en arrière. (*Med. News*, 17 mars 1888.)

Dr BRYSON-DELAVAN.

Résection partielle du larynx.

M. D. Mollière présente un malade qui était porteur dans le larynx d'une tumeur d'aspect malin provoquant de violents accès de suffocation. L'ablation d'une portion du larynx fut décidée. La trachéotomie préventive fut faite avec la canule de Trendelenburg qui resta gonflée sans inconvénient pendant une semaine. Le malade fut anesthésié avec l'éther. Après incision faite sur le cartilage thyroïde, la tumeur fut amenée au dehors, à travers la membrane thyroïdienne, puis disséquée. Pour se faire jour, l'auteur dut sectionner couche par couche environ le tiers du cartilage thyroïde à gauche, en ménageant l'insertion de la corde. Le soir, le malade fut alimenté avec la sonde œsophagienne et dès le lendemain il put manger. Il n'a eu ni fièvre ni dyspnée. La canule a été enlevée le douzième jour. Actuellement cet homme est guéri. Il a gardé une corde normale et l'autre est cicatricielle. Il parle à haute voix, quoique un peu rauque. La tumeur, de la grosseur d'une noix, était un épithélioma. C'est la première résection partielle du larynx faite à Lyon. (*Société des Sciences médicales de Lyon*, séances de février 1888.)

Laryngotomie modifiée, par le Dr Solis-Cohen, de Philadelphie.

Partant de ce principe qu'on a, dans nombre de cas, extirpé sans nécessité le cartilage thyroïde, M. Solis-Cohen s'attache à conserver ce cartilage toutes les fois que la chose sera possible. Le thyroïde remplit alors sa fonction protectrice; la perte de substance est insignifiante, et il reste un solide point d'appui pour un appareil prothétique.

Une trachéotomie préliminaire ayant été pratiquée, l'opération est exécutée suivant certaines règles fixées par l'auteur. L'antisepsie doit être rigoureuse et si possible la trachéotomie faite quelques jours avant l'opération.

Les avantages du procédé, énumérés par M. Solis-Cohen, le feront, dit-il, sauf contre-indication due à l'extension des lésions, préférer à tout autre. (*Ann. des mal. de l'oreille, etc.*; nº 7, juillet 1887.)

M. Natier.

Dix cas de tubage du larynx avec remarques *(Report of ten cases Of intubation of the larynx with remarks)*, par le Dr Pinkham.

Le Dr Pinkham insiste sur la nécessité dans le tubage d'agir à la fois rapidement et avec douceur ; il vaut mieux renouveler une tentative d'introduction que de s'acharner à placer quand même le tube au risque de faire beaucoup souffrir le malade et de compromettre sa vie. Le tubage est parfois difficile, soit en raison du gonflement des tissus, soit à cause de la contraction spasmodique de l'épiglotte.

On a souvent prétendu que le tubage du larynx pouvait être pratiqué par tout praticien sans essais préalables sur le cadavre. Telle n'est point l'opinion de l'auteur et, en dehors des laryngologistes habitués à examiner le larynx et à pratiquer des opérations sur cet organe, la plus grande partie des médecins ordinaires s'exposeraient à de graves accidents s'ils essayaient de placer un tube dans le larynx sans s'être préalablement exercés sur le cadavre.

L'accumulation de mucosités au-dessus du tube, mucosités que l'enfant est incapable de rejeter, détermine parfois une gêne considérable de la respiration. Le Dr Pinkham a fait construire pour les enlever un aspirateur spécial qu'il figure et décrit dans son travail.

Pour les malades sur lesquels il a pratiqué le tubage, l'auteur a obtenu les résultats suivants :

1° : Garçon de cinq ans, mort quatre jours après le tubage; 2° fille de treize mois, porta le tube quatre jours, mourut le sixième jour; 3° garçon de trois ans, mourut vingt-quatre heures après le tubage; 4° fille de dix ans, mourut trois jours après le tubage; 5° fille de cinq ans, *guérison ;* porta le tube pendant six jours; 6° garçon de deux ans, mourut vingt-quatre heures après le tubage; 7° fille de onze ans, mourut six jours après le tubage ; 8° fille de cinq ans, mourut un jour après le tubage; garçon de deux ans et demi, *guérison;* porta le tube sept jours et sept heures. (*N.-Y. med. Journ.*, 17 mars 1888.) Dr J. Charazac.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Bell. — Syphilis primitive de la langue (*The Lancet*, 4 août 1888).

Biondi. — Fentes labiales et complications (*Giorn. Internaz. di Sc. med.*, an. X, nº 5, mai 1888, Naples).

Brandt (L.). — Uranoplastie, staphylorrhaphie et prothèse (In-8º, 31 p., 2 gr., Berlin, 1888).

Castelo. — Fissure de la langue (*Rivista di medicina y cirurgia practicas*, Madrid, 22 juill. 1888).

Chagin (E.-B.). — Amygdalite gangréneuse (*N.-Y. medic. J.*, 1er septembre 1888).

Cruet — Traitement chirurgical de l'ostéo-périostite alvéolo-dentaire (*Journ. des Connaiss. méd.*, 13 sept. 1888).

Downie. — Sécheresse du pharynx chez les buveurs de thé (*Union méd. du Canada*, juill. 1888).

Duser (E.-H. van). — Herpès des amygdales (*Hahnemannian*, Monthly, mai 1888).

Gallozzi. — Hypertrophie de la langue (*Incurabili*, an. III, nº 16, 15 août 1888, Naples).

Heurtaux. — Sarcome du maxillaire inférieur (*Soc. anat. de Nantes*, 25 juill.; *Gaz. méd. de Nantes*, nº 10, 9 août 1888).

Hill. — Rôle de l'amygdale pharyngée dans la santé et la maladie (*British med. Journ.*, 1er sept. 1888).

Hunt. — Glossite idiopathique (Cas présenté à *The Ontario med.* in *Canada Practitioner*, juill. 1888).

Israël. — Présentation d'une préparation de tumeur tuberculeuse de la paroi postérieure du pharynx (*Gesells. d. charite Aerzte*, in Berlin, III, *Berlin. Klin. Woch.*, nº 33, 1888).

J. L. O. — La stomatite aphteuse (*Dictamen*, 20 mars 1888).

Kirmisson. — Traitement chirurgical du cancer de la langue. Nécessité d'une antisepsie buccale vigoureuse avant l'opération (*Bull. méd.*, 12 septembre 1888).

Lardier. — De la contagiosité de l'impétigo et de l'amygdalite impétigineuse (*Revue gén. de clin. et thérap.*, 9 août 1888).

Lataste (J.). — Encore sur les deux dentitions des mammifères (*J. des Connaiss. méd.*, nº 33, 16 août 1888).

Lewis. — Remarques sur les amygdalites et l'amygdalotomie (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Lober. — Contribution à l'étude de la pharyngomycose (*Bulletin méd. du Nord*, juin 1888).

Logan. — Leucome de la langue (*The Liverp. med. chir. Journ.*, juillet 1888).

Magitot (E.). — Contribution à l'histoire de la stomatite ulcéreuse ou ulcéro-membraneuse chez l'adulte (*J. des Connais. médic.*, 13 sept. 1888).

Maxwel. — Emploi de la résorcine dans l'ulcération chronique douloureuse de la langue (*The am. Pract. and News*, 18 août 1888).

Miller. — Contribution à l'étude des champignons de la bouche (*Deuts. medic. Woch.*, nº 30, 26 juil. 1888).

Netter. — Présence du streptocoque dans la salive des sujets sains (*J. des Connaiss. médic.*, 13 sept. 1888).

Petersen (O.). — Infection syphilitique extra-génitale. Un cas de chancre de l'amygdale (*Monatschefte f. prakt. Dermatol.*, Bd. VII, nº 7, 1888).

Piskaick. — Un cas de fibrome congénital du maxillaire inférieur. Ablation trois jours après la naissance. Guérison (*Wien. Klin. Woch.*, nº 21, 1888).

Potter. — Note sur le traitement de l'amygdalite aiguë des enfants (*Buffalo, Med. a. surg. J.*, 1888).

Rice. — Le traitement chirurgical des maladies de la gorge (Commun. à *The Ontario med.* in *Canada Practitioner*, juill. 1888).

Rousseau. — Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë (Paris, 1888).

Seiler. — Hypertrophie des amydales (*Soc. med. de Philadelphie, The med. and. surg. Report.*, 28 juillet 1888).

Schnitzler (J.). — Emploi et action de la créoline dans les maladies de la bouche, du nez et du larynx (Suite et fin). (*Internat. Klin. Rundschau*, 22 juillet 1888).

Schreiber. — Pigmentation mélanique de la muqueuse palatine (*Verein f. Winensch. Heilk zu Ksnigsberg; Berl. Klin. Woch.*, nº 34, 1888).

Spicer. — Observations cliniques et pathologiques sur les amygdales buccale, pharyngée et linguale au point de vue de leurs fonctions (*British méd. Journ.*, 15 sept. 1888).

Sticker (G.). — Valeur diagnostique du signe gingival de Frédéricq Thompson dans le cas de phtisie (*Münch. med. Woch.*, nº 37, 11 sept. 1888).

Suarez de Mendoza (Albert et Ferdinand). — Etude sur le bec-de-lièvre compliqué (*Bull. génér. de thérap.*, 30 août 1888).

Tacchetti (G.). — Cas d'herpès lingual dans la jaunisse (*Giorn. di m. milit.*, Rome, an 6, juin 1888).

Uhthoff (W.). — Un cas de saillie extraordinaire de la paupière supérieure dans les mouvements de la màchoire inférieure (*Berl. Klin. Woch.*, nº 36, 3 sept. 1888).

Valude. — Tuberculose des glandes salivaires. (Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme, tenu à Paris du 25 au 31 juillet 1888, in *Semaine méd.*, 1er août 1888).

Vamossy. — Contribution à la statistique des lésions typhiques du voile du palais et du larynx (*Wien. Klin. Woch.*, nos 18-20, 1888).

Weill. — Un nouveau crochet palatin (*Monatsch f. Ohrenheilk.*, nº 7, juillet 1888).

Wolff. — Un cas d'uranoplastie et de staphylorrhaphie (*Berl. medic. Gesells.* II, VII; *Deuts. medic. Ztg*, nº 59, 1888).

X... — La langue comme guide diagnostique des lésions des vaisseaux intra-crâniens (*Med. Rec.*, 11 août 1888).

X... — Des réflexes observés après les opérations utéro-ovariennes et surtout du réflexe guttural (*Pratique médic.*, 11 sept. 1888).

Nez et Pharynx nasal.

Baber. — Les causes, les effets et le traitement de la sténose nasale (*British med. journ.*, 15 septembre 1888).

Baracz. — Nouvelle méthode opératoire des polypes naso-pharyngiens (*Congress polnischer Aerzte, etc., zu Lemberg*, juill. ; *Wien medic. Presse*, nº 35, 26 août 1888).

Bayer. — Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore (*Congrès otol.*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 sept. 1888).

Bride. — Méthodes de traitement des polypes du nez et du pharynx nasal (*Edimburgh med. journal*, août 1888).

Bronner (A.). — Traitement local de l'empyème e du sinus maxillaire (*Lancet*, 25 août 1888).

Bronner. — Tumeurs rétro-nasales (*Brit. med. journ.*, 1er sept. 1888).

Buck (A.-H.). — Influences réflexes dans la production du catarrhe naso-pharyngien (*Amer. otol. Soc.*, 17 juill; *N.-Y. med. j.*, 28 juill. 1888).

Charazac. — Etude sur les rhinolithes (*Revue méd.*, Toulouse, 1er septembre 1888).

Cholewa. — Le menthol dans la diphtérie nasale (*Therap. Monatsch.*, nº 6, 1888).

Cholewa. — Un nouveau speculum du nez (*Deuts. medic. Woch.*, nº 30, 26 juill. 1888).

Cholewa (R.). — Hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H II, sept. 1888).

Clellan. — Note sur le traitement de l'inflammation catarrhale des voies respiratoires supérieures (*The journ. of amer. Assoc.*, 18 août 1888).

Compaired. — Valeur du traitement hydro-minéral dans l'ozène (*Boletin de medicina y cirurgia*, juill. 1888).

Creswel-Baber. — Pulvérisations d'alcool contre les maladies du nez (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Sem. méd.*, 10 sept. 1888).

Dalton (H.-C.). — Catarrhe naso-pharyngien chronique avec propagation de l'inflammation au sinus frontal. Trépanation. Guérison (Saint-Louis, *Medic. a. surg. journ.*, nº 3, sept. 1888).

Favarelli (E.). — Rapports entre les maladies de l'appareil lacrymal et celles du nez (*Gaz. degli ospit.*, nº 64, 8 août 1888).

Fenger (C.). — Ostéomes du nez et des cavités accessoires (*J. of americ. medic. Assoc.*, 11 août 1888).

Grant. — Obstruction nasale (*British med. journ.*, 15 sept. 1888).

Gruhn. — De la blennorrhée lacrymale dans les maladies du nez (*Münch. medic. Woch.*, nº 27, 1888).

Griffin. — Névroses occasionnées par l'obstruction des narines (*The med. record*, 21 juill. 1888).

Hajek. — Bactéries dans le coryza aigu et chronique ainsi que dans l'ozène; leur rôle dans ces maladies (*Berl. Klin. Woch.*, nº 33, 13 août 1888).

Hill. — Le rôle des différentes amygdales (*British med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Hinde. — Deux cas d'affection intra-nasales (*Med. rec.*, 11 août 1888).

Howe (A.-J.). — Fibrome naso-pharyngien (*Eclectic. medic. j.*, janv. 1888)

Jones (E.) — Atrophie des nerfs optiques combinée avec un écoulement liquide du nez (*Ophth. Rev.*, avril 1888).

John-Lewis. — L'arrachement de polypes naso-pharyngiens (*Brit. med. journ.*, 15 sept. 1888).

Kidd et **Hodgkinson**. — Hémorragies du pharynx et du larynx et autres hémorragies qui leur ressemblent (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Kinnear. — Fièvre de foin considérée comme une affection nerveuse centrale avec faits à l'appui (*The med. Rec.*, 14 juin 1888).

Klein (C.-H. von). — Nouveaux procédés d'examen du nez et de la gorge (*Medic. Register*, 9 juin 1888).

Kœhler. — Deux cas de rhinosclérome (*Monats. f. Ohrenheilk*, n° 7, juillet 1888).

Kreling. — Deux cas de localisation extragénitale d'une affection primitive (*Vierteljatnes. f. dermatol. et syphibl.*, 1888).

Lacoarret. — Traitement du catarrhe chronique des fosses nasales (*Thèse Bordeaux*, 1888).

Lafforgue (D.). — Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale (*Thèse Bordeaux*, 1888).

Lennox-Browne. — Tumeurs adénoïdes dans le pharynx nasal (*British med. Journal*, 1er sept. 1888).

Lapthorn-Smith. — Corps étranger dans le nez (cas présenté à la *Medico chirurgical Soc. of Montréal* in *The Montréal med. Journ.*, juil. 1888).

Le Gendre. — Les coryzas chez les petits enfants ; diagnostic, complications, traitement. (*Rev. prat. d'obs. et d'hygiène de l'enfance*, Paris, 1888).

Mac-Donald. — Remarques sur la pathologie de l'ecchondrose du cartilage triangulaire. (*Britsh med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Maloney (J A.). — Du sphénoïde et quelques-unes de ses fonctions probables. (*N.-Y. med. J.*, 10 août 1888).

Martiny. — Nez artificiel en céramique se fixant sans lunettes. (*Tr. internat. M. Congrès Wash*, 1887).

Matheson. — Bégaiement ou balbutiement dans la maladie naso-pharyngienne. (*British med. Journ.*, 1er sept. 1888).

Mac-Bride. — Sur l'hay-fever. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Makenzie. — Sur un cas de tumeur du pharynx nasal. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Mollière (D.). — Note sur la chirurgie esthétique du nez. (*Lyon médic.*, 16 août 1888).

Nicolai. — Extirpation de la base du crâne avec l'anse métallique d'un énorme polype fibro-muqueux. (*Bul. de la Polyclin. de Milan*, 1888).

Noorden. — Deux cas d'ostéomes des sinus frontaux (*Mittheil aus d. chir. Kling. zu Tübingen*, 3 Bd., 1888).

Peltesohn. — Trois cas de suppuration des sinus frontaux et orbitaires. (*Centralb. f. Prakt. Aug.*, 2 juin 1888).

Roé. — Des relations fréquentes des maux de tête dits congestifs avec l'état pathologique de la muqueuse des cavités nasales (*The med. record*, août 1888).

Raymondaud (E.). — Rhinoplastie indienne par le procédé du sillon (*J. de la Soc. de méd. et de pharm. de la Haute-Vienne*, n° 6, juin 1888).

Robertson (W.). — « A plea » pour l'usage du rhinoscope (*Lancet*, 18 août 1888).

Schadle. — Rapports de l'asthme spasmodique et du coryza hypertrophique (*The med. Rec.*, 28 juillet 1888).

Schnitzler. — Extirpation de polypes du nez pendant le sommeil hypnotique (Lettres d'Autriche, *Sem. médic.*, nº 35, 29 août 1888).

Schmtyla. — De l'extirpation de polypes du nez dans le sommeil hypnotique avec remarques sur l'emploi de l'hypnotisme dans les névroses du larynx (*Bulletin méd.*, 5 sept. 1888 ; *Intern. Klin. Rundschau*, nº 32, 5 août 1888).

Seiler (C.). — Extirpation chirurgicale des tumeurs gommeuses des fosses nasales (*Intern. J. of surg. antisep.*, avril 1888).

Seiler. — Influence du catarrhe nasal sur la production de l'acné (*The med. and. surg. Reporter*, 18 août 1888).

Seiler. — Polypes du nez (*The med. and. surg. Reporter*, 18 août 1888).

Spicer. — Un cas de lupus envahissant les voies respiratoires supérieures, avec quelques tumeurs (lupoïdes?) du larynx (*British med. Journ.* 15 sept. 1888).

Stoker et **Havilland**. — Sur l'usage et l'abus du traitement local dans les affections des voies respiratoires supérieures (*British med. Journ*, 15 sept. 1888).

Stone. — Améliorations dans la chirurgie nasale (*New-York med. Journ.*, 21 juillet 1888).

Suchannek.— Des maladies du nez et de leurs relations avec les maladies des autres organes, des névroses réflexes (*Thèse de Zurich*).

Suchanck. — Affections nasales liées à des lésions d'autres organes et névroses réflexes. (*Habilitationsrede Zürich.*, Albert Muller).

Suchanck. — Contribution à l'anatomie normale et pathologique de la voûte du pharynx (*Betrage z. anat. u. pathol.* (*ziegler* in Nauwerth, Bd. III, I, 1888).

Warden. — Un cas de polype fibro-muqueux du pharynx nasal (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Wright. — Une condition pathologique du cornet moyen (*The med. Record*, 8 sept. 1888).

Waterhouse (E.-R.).— Rhinite chronique (*Americ. med. J. of Saint-Louis*, avril 1888).

Ziem. — De la diminution du champ visuel dans les affections du nez et des cavités du voisinage. (*Berl. Klin. Woch.*, nº 37, 18 sept. 1888).

Zuneshaburo-Kikuzi. — Tuberculose de la muqueuse nasale (*Mittheil. aus d. chirurg. Klin. zu. Tübingen*, 3, Bd., 1888).

Larynx et Trachée.

Alcabalde y Valle. — La trachéotomie dans l'amygdalite (*La Clinique*, Navarre, 17 juillet 1888).

Bennett. — Rupture de la trachée, fracture du sternum et des côtes (*Roy. Acad. of med. in Irelande et Dublin; J. of med. Sc.*, août 1888).

Berger. — Epingle implantée dans le vestibule du larynx, extraction par les voies naturelles (*France méd.*, 8 sept. 1888).

Brochmann. — Les pinces creuses de Gottstein (*Monats. f. Ohrenheilk.*, nº 6, juin 1888).

Casadesus (J.-R.). — Un cas d'implantation d'une épingle dans la corde vocale gauche. Extraction par les voies naturelles (*Revista de laringol., otol. y rinol.*, t. IV, nº 1, juillet 1888).

Cheatam. — Intubation (*Americ pract. a News*, nº 68, 4 août 1888).

Cheatam. — Rapport sur la laryngologie (*The amer. pract. News.*, 18 août 1888).

Delbecq. — Laryngite grave (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 7 sept. 1888).

Desson (L.-A.). — Dilatation de la sténose du larynx (*Intern. J. of surgery a. ,antisep.*, avril 1888).

Desvernine. — Angiome de l'épiglotte occasionnant l'hémoptysie (*The med. record.*, 21 juillet 1888).

Edwards (Blanche). — Adénopathie trachéo-bronchique, etc. (*France méd.*, nº 88, 28 juillet 1888).

Garel (J.). — Toux spasmodique coqueluchoïde; guérison par une pulvérisation de chlorure de méthyle (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, nº 8, août 1888).

Gouguenheim. — Syphilis et tuberculoses laryngées; diagnostic des formes associées (*Revue générale de clin. et de thérapeut.*, nº 30, 26 juill. 1888.

Gouguenheim (A.). et **Tissier** (P.). — Phtisie laryngée (in-8º, 339 p. avec fig.).

Graser. — Tubage du larynx (*Münch. medic. Woch*, nº 38, 18 sept. 1888).

Grazzi. — Trois cas remarquables de tumeur sous-glottique et trachéale extirpées par la voie laryngoscopique (*Estratto dal. Raccoglitore medico*, série V, vol. IV, nº 16).

Grazzi. — Modification aux pinces pour l'extirpation des tumeurs laryngées (*Bollet. delle malat. della gola, etc.*, an VI, nº 5, 1er sept. 1888, Florence).

Grümwald. — Nouvel électrode double du larynx avec courant interrompu et renversement du courant (*Münch. medic. Woch.*, nº 35, 28 août 1888).

Heryng (Th.). — Preuves anatomiques de guérison de tuberculose du larynx (*Congress polinischer Aerzt. etc., zu Lemberg pull.*, *Wien medic. Presse*, nº 35, 26 août 1888).

Hopmann. — Les papillomes de la muqueuse respiratoire (*Samnil. Klin. Vortræge chiraurg.* V. R. v. Volkmann, nº 315, 1888).

Hyndman (J.-G.). — Pathologie du cancer du larynx (*Cinc. Lancet clinic.*, 23 juin 1888).

Hunt. — Epiglottique aiguë (*British. med. Journ.*, 15 sep. 1888).

Ingals (Ed.). — Laryngite rhumatismale chronique ou angine rhumatismale chronique (*Med. registo.*, 9 juin 1888).

Jacob. — Quelques nécroses réflexes inusitées (*British med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Jelenffy. — Anatomie, physiologie et pathologie des muscles du larynx (*Bert. Klin. Woch.*, nº 34-35-36, 20-27 août, 3 sept. 1888).

Kemm (J.). et **Martin** (F). — Un cas de suicide par section de la gorge (*Brit. med. J.*, 25 août 1888).

Keisel. — Présentation d'un malade atteint de mutisme sans surdité (*Corresp. pol. d'Allgem. Aerzt. Vereines v. chüringen.*, 4, 1888).

Lascombe (Ed.) et **Broadbent** (F.). — Blessure par instrument tranchant de l'espace thyro-hyroïdien (*Brit. medic. J.*, 25 août 1888).

Le Fort. — De l'extirpation du larynx (*Bull. medic.*, nº 59, 25 juillet 1888).

Loumeau. — Chloroforme et trachéotomie (*Journ. de méd. de Bord.*, 29 juillet 1888).

Mac-Donald. — Sténose laryngée guérie par l'ablation d'une corde vocale (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Macintyre. — Etude de quelques-uns des muscles du larynx, le hyo-épiglottique (*British. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Marano. — Un cas de syphilis gommeuse du larynx (*Il morgagni*, an XXX, n° 7, juillet 1888, Naples).

Masini. — Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx (*Turin Union typ.*, édit., 1888).

Masini. — Chordite hyperplastique nodulaire (*Gaz. opistali*, an IX, nos 56-57, 11 et 15 juillet 1888, Milan).

Meurer. — De l'anesthésie dans la trachéotomie (*Province méd.*, 11 avril 1888).

Michaël (J.). — Du tamponnement de la trachée (*Berl. Klin. Woch*, n° 37, 10 sept. 1888).

Newman. — Deux cas de sténose laryngée complète produite par les tentatives de suicide, etc. (*British med. Journ.*, 15 sept. 1888).

O'Dwyer. — Tubes à intubation (*Philadel. county medic. Soc.*, 23 mai; *J. of americ. med. Assoc.*, 4 août 1888).

Oltuszewski. — Diagnostic et traitement de la syphilis laryngée (*Congress polnischer Aerzte*, etc., *zu Lemberg pull. Wien. med. Presse*, n° 37, 9 sept. 1888).

Onodi. — De l'importance du nerf laryngé médian (*Intern. Klin. Rundschau*, n° 37, 1888).

Palmié. — Tamponnement de la trachée (*Berl. Klin. Woch.*, nos 33-34, 13-20 août 1888).

Peake. — Un cas de laryngite tuberculeuse; trachéotomie facilitée par la cocaïne (*The Lancet*, 15 sept. 1888).

Pietro (P.). — Un cas d'aphasie motrice traumatique (*Gaz. degli ospitali*, nos 6, 3 u, n° 64, 5-8 août 1888).

Porter. — Trois néoplasmes bénins sus-épiglottiques (*The journ. of amer. Associat.*, 21 juillet 1888).

Pucci. — Un cas d'aphasie motrice traumatique (*Gaz. ospitali*, an IX, n° 63, 5 août 1888, Milan).

Rosenberg. — Du traitement de la phtisie laryngée (*Thérap., monats.*, n° 9, 1888).

Savill (T.-D.). — Un cas d'aphonie hystérique chez une femme âgée de soixante-onze ans, guérison, remarques (*Lancet*, 18 août 1888).

Schnitzler. — Traitement des névroses du larynx par l'hypnotisme (Lettres d'Autriche, *Sem. med.*, n° 35, 29 août 1888).

Schnitzler. — De la créoline dans les maladies du larynx (*Sem. médic.*, n° 33, 15 août 1888).

Schrœtter. — La maladie de l'empereur Frédéric III. Contribution à la pathologie et à la thérapeutique du carcinome du larynx (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 30, 22 juillet 1888).

Semon (F.). — Discours lors de l'ouverture de la section de laryngologie et de rhinologie (*British medic. Assoc.* in Glasgow; *Brit. medic. j.*, 18 août 1888).

Shaffer (J.-R.). — Croup membraneux (*Americ. Lancet*, juillet 1888).

Thom. — Trachéotomie chez les enfants (Edimbourg, *med. Journ*, septembre 1888).

Thompson (J.-A.). — Un cas de myxome du larynx (*Cincinn. Lancet clinic.*, 16 juin 1888).

Weiss. — Chloroformisation dans la trachéotomie (*Soc. de méd. de Nancy,* 11 juillet ; *Revue méd. de l'Est,* 15 août 1888).

Wilson (J.-S.). — Aphasie survenant à la seconde période de la syphilis (*Medic. rec.*, 18 août 1888).

Williams (Th.). — Traitement de l'asthme bronchique (*Améric. journ. of med. Sc.*, août 1888).

X... — Chloroforme et trachéotomie (*La thérapeut. contemporaine,* 7 septembre 1888).

X... — La maladie de l'empereur d'Allemagne (*Journ. de méd. et de chirurgie,* sept. 1888).

Oreilles.

Allport. — Remarques sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde (*Nortkwest Lancet,* Saint-Paul, 1888).

Baker. — Conséquences de la suppuration aiguë de l'oreille moyenne avec indication spéciale pour ouvrir l'apophyse mastoïde (*Med. et surg. Reporter,* 1er sept. 1888).

Baratoux. — Audition colorée (*Alienist. et neurologist.,* vol. IX, nº 2).

Barbier. — Des aspirations pratiquées sur la membrane tympanique pour faire cesser certains bourdonnements et éviter l'ankylose des osselets à l'aide de la ventouse manométrique du Dr Garrigou-Desarènes (*Revue de thérap. med. chir.,* Paris, 1888).

Barr. — Abcès cérébral consécutif à une maladie d'oreille (*Brit med. journ.* 1er sept. 1888).

Barr. — Sur le traitement opératoire consécutif aux abcès de l'oreille (*Congrès otologique,* Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).

Barth (A). — Rapport sur la pratique et les progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique et de la physiologie de l'oreille et du naso-pharynx dans le 1er semestre de 1888 (*Zeits. f. Ohrenheilk.,* Bd. XIV, H. II, sept. 1888).

Basso. — Quelques considérations thérapeutiques et statistiques sur les cas d'otite moyenne aiguë observés dans l'hôpital militaire de Rome, etc. (*Giorn. di med. milit.,* an VI, juin 1888, Rome).

Beck. — Abcès mastoïdien (*Cincinnati Lancet clinic.,* 7 juillet 1888).

Bermann (J). — Emploi de l'acide lactique dans l'otite suppurée chronique (*J. of. Americ. med. Assoc.,* 11 août 1888).

Blow. — Un cas d'inflammation profonde du cou avec paralysie partielle du bras droit, consécutive à une otite moyenne aiguë occasionnée par un coup (*British med. journal,* 1er sept. 1888).

Bressler. — Abcès de cervelet consécutif à une otite moyenne suppurée (*Philad. med. Times,* 1er août 1888).

Buck. — Contributions à l'anatomie de l'oreille de l'éléphant (*Assoc. otol. Soc.,* 17 juil. ; *N.-Y. med. J.,* 28 juillet 1888).

Bull (O). — Fistules branchiales avec anomalies du tympan (*Zeits. f. Ohrenheilk.,* Bd. XIX, H. II., sept. 1888).

Burnett. — Un cas de vertige auriculaire guéri par opération (*The Polyclinic,* août 1888).

Burnett (S.-M.). — Fréquence relative des affections de l'oreille dans les races blanche et de couleur dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, (*Zeitsch., f. Ohrenheilk.,* Bd., XIX, H. II, sept. 1888).

Cozzolino. — Rapport médico-légal pour coup sur la région auriculaire, etc. (*Giorn. di clin. et térap.*, an XIX, n. 6, juin 1888, Naples).

Cozzolino. — Contribution à la clinique des folies sensitives acoustiques (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).

Dalby. — Arrachement des tumeurs osseuses du conduit auditif externe (Nashville, *journal de médecine et chirurqie*, juillet 1888).

Debaut d'Estrées. — Otite goutteuse (*Bull. médic. des Vosges*, juil. 1888).

Delie. — De l'action des vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne (*Congrès otolog.*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).

Duplay. — De la trépanation de l'apophyse mastoïde (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1888).

Eitelberg (A.). — Un cas d'expulsion d'une grande partie du tympan gauche après un coup violent sur le crâne. Fermeture de la perforation au bout de huit semaines (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XIX Bd., H. II, sept. 1888).

Ellis. — Traitement frauduleux de la surdité par les charlatans (*Brit. med. Journ.*, 1er sept. 1888).

Emerson (J.-B.). — Emploi du cathéter flexible dans le drainage des maladies de l'oreille (*Americ. otol. Soc.*, 17 juil.; *N.-Y. medic. J.*, 28 juil. 1888).

Erskine. — Notes sur un cas d'otite chronique purulente ayant amené l'élimination d'un séquestre du labyrinthe (*Brit. med. journ.*, 1er sept. 1888).

Fasano. — Contribution à l'étude de l'influence des stimulations acoustiques sur les autres sensations (*Gaz. méd. de Turin*, an XXXIX, no 21, 25 juillet 1888).

Ferreri (G.). — De l'épithélioma du pavillon de l'oreille, de sa propagation à tout le temporal (*Lo sperimentale*, fasc. 7, an. XLII, juillet 1888).

Foster. — Lecture clinique sur l'otite syphilitique (*The New-York med. journ.*, 21 juillet 1888).

Foucher (A.). — Maladies de l'oreille et du rhino-pharynx. Etude analytique et critique (*Union médic. du Canada*, août 1888).

Gellé. — Des réflexes auriculaires (*Gaz. des hôp.*, no 85, 26 juillet 1888).

Gorham Bacon. — Corps étrangers de l'oreille (*Gaillard's med. Journal*, juillet 1888).

Gradenigo. — La réaction électrique du nerf auditif considérée dans ses rapports avec les conditions fonctionnelles de l'appareil percepteur des sons (*Congrès otologique*, Bruxelles, 10 sept. 1888).

Gradenigo. — Sur le rapport entre la perception latéralisée du diapason vertex, les conditions fonctionnelles et les hyperexcitabilités du nerf acoustique (*Riv. veneta f. sc. med.*, 1888).

Gradenigo. — Le développement du pavillon de l'oreille (Padoue, 1888).

Gradenigo. — Lupus de l'oreille moyenne et interne (*Gaz. ospitali*, an IX, n° 60, 15 août 1888, Milan).

Guranowski. — Un cas d'inflammation croupale primitive de l'oreille externe et de la trompe (*Monats. f. Ohrenheilk.*, no 7, juillet 1888).

Habermann. — De la formation du cholestéatome de l'oreille moyenne (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXVII, H. I, août 1888).

Hartmann (A.). — Rapport sur la pratique et les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'oreille dans le 1er semestre de 1888 (*Zeits. f. Ohrenheilk.*, Bd. XIX, H. II, sept. 1888).

Hirsch (S.). — Inflammation diphtéritique de la membrane du tympan (*Zeitsch. f. Ohrenheilk.*, XIX, H. II, sept. 1888).

Mac-Bride. — Opérations sur l'apophyse mastoïde (*British med. journal*, 1er septembre 1888).

Mac-Bride. — Perforation de l'apophyse mastoïde (*British med. journ.*, 1er septembre 1888).

Hoffmann. — Relation entre l'otorrhée et la phtisie et leur traitement (*Maryland med. journ.*, 4 août 1888).

Holt (L.-E.). — Tumeur tératoïde de l'oreille (*Amer. otolog. Soc* .17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).

Isaia. — Otite moyenne purulente aiguë avec perforation, etc. (*Rev. clin. et thérap.*, an X, nº 9, Naples, 1888).

Keller. — Névrite optique dans l'otite moyenne (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, nº 6, juin 1888).

Kipp. — Trois cas de nystagmus bilatéral, horizontal et transitoire conjointement avec une inflammation purulente de l'oreille moyenne (*Americ. otol. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. medic. j.*, 28 juillet 1888).

Kite. — Hallucinations des oreilles (*Boston med.* et *Surg. journal*, août 2, 1888).

Knapp. — De l'utilité d'adopter une notation uniforme de l'acuité auditive (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).

Knapp. — Sur les tumeurs fibreuses des lobules de l'oreille (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).

Kollock. — Corps étrangers du conduit auditif externe (*N.-Y. medic. journ.* 18 août, 1888).

Laidlaw-Purves. — Sur la valeur exacte des membranes tympaniques artificielles (*Brit. med. journ.*, 1er septembre 1888).

Lœwenberg. — Mélange antiseptique pour faciliter l'extraction des bouchons cérumineux et éviter l'éruption de furoncles auriculaires (*Paris méd.*, 8 septembre 1888).

Lœwenberg. — Etudes thérapeutiques et bactériologiques sur le furoncle de l'oreille (*Union médic.*, 2 et 4 août 1888).

Mayer. — Inconvénients de l'acide borique en poudre dans le traitement de l'otorrhée (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXVII, H. I août 1888).

Ménière. — Sur l'emploi du galvano-cautère dans le traitement de la périostite de l'apophyse mastoïde (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).

Molist. — Sur les otopathies consécutives aux traumatismes du maxillaire inférieur (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médic.*, 10 septembre 1888).

Morpurgo. — De la glycérine phéniquée dans l'hyperhémie de la caisse du tympan (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).

Moure. — De l'influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille et de la trompe (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).

Passarini. — Otite de la caisse, inflammation des cellules mastoïdiennes et ostéo-périostites consécutives; incision profonde; guérison (*Montpel. méd.*, 1888).

Peebles. — Cas de corps étrangers de l'oreille, du nez, etc. (*Maryland med. journ.*, 18 août 1888).

Pelletier. — Otite moy. cat. subaiguë chez les enfants (*Thèse Bordeaux*, 1888).

Pinel. — Traitement de la surdité verbale et de la cécité verbale (*Academ. de médec.*, 28 août; *Sem. médic.*, n° 35, 29 août 1888).

Politzer. — Recherches sur les changements pathologiques de l'oreille moyenne (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine médicale*, 10 septembre 1888).

Richards (H.). — Angiome polypoïde de l'oreille (*Amer. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).

Richards. — Fausse membrane du tympan (*Americ. otol. Soc.*, 14 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).

Rigaut. — Les perforations du tympan : leurs causes, symptômes et diagnostic (*Revista de sanidad militar.*, 15 septembre 1888).

Ring. — Résultats désastreux d'une nouvelle membrane tympanique artificielle (*N.-Y. med. journ.*, 30 juin 1888).

Ring (F.-W.). — Quatre cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne après l'emploi de l'inhalateur nasal de Roosa (*Med. rec.*, 11 août 1888.

Rohrer. — La signification de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections du labyrinthe (*Congrès otologique*, Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 septembre 1888).

Roosa. — De l'action de la quinine sur les organes auditifs (*Congrès otologique*, Bruxelles, 10 septembre 1888).

Sexton. — Corps étrangers du conduit auditif externe (*Assos. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. med. j.*, 28 juillet 1888).

Stacke. — Traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre (*Deuts. medic. Woch.*, n° 34, 23 août 1888).

Steinbrügge (H.). — Autopsie de l'oreille gauche d'un individu mort de méningite (*Zeitsch f. Ohrenheilk.*, Bd XIX, H. II, septembre 1888).

Steinbrügge. — De l'épreuve du diapason (*Zeitsch f. Or enheilk.*, Bd XIX, H. II, septembre 1888).

Stewart (R.-H.). — Abcès cérébral consécutif à un abcès de l'apophyse mastoïde (*Lancet*, 25 août 1888).

Stone. — Polype de l'oreille (*Liverp. med. chirur. journ.*, juillet 1888).

Stone. — Exoste éburnée enlevée du conduit auditif externe (*Liverp. medico chirurg. journ.*, 1888).

Tansley. — Serre-nœud de l'oreille perfectionné (*Amer. otolog. Soc.*, 17 juillet; *N.-Y. medic. j.*, 28 juillet 1888).

Thompson. — Un cas d'abcès de l'oreille interne et du cervelet, etc. (*The Lancet*, 4 août 1888).

Treitel (L.). — Ruptures de la membrane du tympan avec considérations sur leur valeur pronostique (*Zeitsch. f. Ohrenh.*, Bd. .XIX, H. H., septembre 1888).

Turnbull. — Un cas de nécrose d'une partie des cellules mastoïdiennes et de chute complète du labyrinthe, avec paralysie du nerf facial et recouvrement partiel de l'ouïe (Congrès otologique Bruxelles, in *Semaine méd.*, 10 sept. 1888).

Turnbull (L.). — La surdité comme résultat de l'infection syphilitique (*Philadelphia medic. Times*, 1er sept. 1888).

Warden. — Maladie auriculaire congénitale ayant amené un abcès mastoïdien et une paralysie faciale (*British med. Journal*, 1er septembre 1888).

Williams. — Cathétérisation par la méthode de Politzer (*Memphis med.*, Monthly, août 1888).

Williams (A.-D.). — Vertige de l'oreille (*Saint-Louis medic. a. surg. J.*, nº 3, sept. 1888).

Williams (A.-D.). — Ulcération syphilitique du méat externe (*Saint-Louis medic. a. surg. Journ.*, nº sept. 1888).

Woods. — Rapport sur les maladies des yeux, des oreilles et du nez de Charity-Hospital (*Maryl. med. Journal*, 11 avril 1888).

Croup et Diphtérie.

Anderson (Edw.). — Croup et diphtérie (*Maryl. medic. J.*, 7 juil. 1888).

Bleynie. — Sur le traitement de l'angine et de la laryngite diphtéritique par la glace (*Journ. Soc. méd. et pharm.*, Haute-Vienne, sept. 1888).

Carlan. — Contre la diphtérie ((*El Siglo medico*, 2 sept. 1888).

Espine (D'). — Du bacille diphtérique (*Paris med.*, 1er sept. 1888).

Espina y Capo. — Traitement des complications de la tuberculose laryngo-pulmonaire (*Revista de medicina y cirurgia practica*, 22 juillet et 22 août 1888).

Guelpa. — Du traitement de la diphtérie (*Bulletin génér. de thérapeutique*, 15 sept. 1888).

Hunt (H.-H.) — Traitement de la diphtérie (*Boston medic. a. surg. Journ.*, 28 juin 1888).

J.-L.-S. — Origine de la diphtérie (*Dictamen*, 20 mars 1888).

Jacobi (A.). — Traitement de la diphtérie (*Medic. News*, 16 juin 1888).

Jacobi. — Traitement de la diphtérie (*Internat. Klin. Rundschau*, nos 34-35-36-37, 19-26 août, 2-9 sept. 1888).

Mariani. — Peut-on distinguer, au point de vue du pronostic, deux formes de diphtérie (*Revista medica de Navarra*, juil. 1888).

Le Gendre (P.). — Antisepsie locale et diphtérie (*Concours médical*, nº 32, 11 août 1888).

Lletget (F.). — Hygiène de la diphtérie (*Siglo. medic.*, 9 sept. 1888).

Schrakamp. — Modifications organiques dans la diphtérie (*Arch. f. Kinderheilk.*, Bd. IX).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Alsberg. — Carcinome de l'œsophage. Œsophagotomie externe. Fistule œsophagienne (*Aerzt. Verein zu Hamburg*, 20 mars; *Deuts. medic. Woch.*, no 37, 13 sept. 1888).

Arndt (R.). — Contribution à l'étude des fistules congénitales du cou (*Berl. Klin. Woch.*, nº 37, 10 sept. 1888).

Antonür. — Nouvel appareil pour administrer des médicaments volatiles (*Spitalul.*, nº 6, juin 1888).

Aveilza. — Aphonie et aphasie traumatique essentielles guéries par l'hypnotisme (*Correo medico Castellano-Salamanca*, 10 juil. 1888).

Berti. — Adénomes multiples de la région cervicale droite (*La Rassegna*, an. III, nº 9, sept. 1888, Modène).

Braun. — Un cas de myxœdème (Corresp. *Bl. d. Allegem. Aerztl. Verein v. Thüringen*, fév. 1888).

Briggs (E.). — Spray d'ipécacuanha dans la toux (*Sacramento medic. Times*, juil. 1888).

Burckhardt. — Du trachéocèle et du goître (*Medic. Konesp. Bl. d. Wurtemb. Aerztl.*, Landes n° 13, 1888).

Chaintrier (A.). — Tumeurs de la glande sous-maxillaire (*Gaz. des hôpit.*, 14 août 1888).

Davis. — Dilatation graduelle de l'œsophage (*The Journ. of americ. Associat.*, 25 août 1888).

Decressac. — Un cas de kyste hydatique du corps thyroïde (*Gaz. des hôp.*, 1er juil. 1888).

Delplanque (H.). — De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques (*Bull. génér. de thérap.*, 15 août 1888).

Dennetières. — Lymphadénomes multiples de la région du cou (*J. des Sc. médic. de Lille*, n° 33, 17 août ; *Soc. anat.-clin. de Lille*, 2 mai).

Dubousquet-Labordière. — L'antipyrine dans la coqueluche (*Memphis med.*, août 1888).

Eshner. — Goître exophtalmique (*The Polyclinic*, juillet 1888).

Fabiani. — Blessure par arme à feu de la carotide interne (*Riv. clin. et thérap.*, an. X, n° 9, Naples, 1888).

Ferrand. — Oreillons sous-maxillaires suppurés (*Soc. méd. des hôp.*, 27 juill., n° 32, 8 août 1888).

Foster. — Spasme hystérique de l'œsophage chez un jeune enfant (*The med. record.*, 21 juillet 1888).

Geffrier. — Du traitement de la coqueluche par l'antipyrine (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, 2 août 1888).

Genser. — Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales et l'antipyrine à l'intérieur (Lettre de Vienne, *N.-Y. med. Journ.*, 28 juillet 1888).

Gragnat. — Sur un cas d'œdème consécutif à l'absorption de l'antipyrine (Correspondance, *Bull. génér. de thérap.*, 15 août 1888).

Guaita. — L'antipyrine dans le traitement de la coqueluche (Milan, édit. Rechieder, 1888).

Huber (A.). — Symptomatologie et pathogénie de la maladie de Basedow (*Deuts, medic. Woch.*, n° 36, 6 sept. 1888).

Henner. — Des tumeurs congénitales du cou (*Archiv. f. Kinderheilk.*, Bd. IX, 6, 1888).

Huffa. — Suites opératoires du goître (*Verhandl. d. phys. medic. Gesells, zu. Wurzburg*, Bd. XXI).

Hun (A.) et **Pudders** (M.) — Myxœdème. Quatre cas avec deux autopsies (*Americ. J. of med. Sc.*, août 1888).

Jaccoud. — Goître exophtalmique (*Journ. de méd. et de chirurgie*, sept. 1888).

Josso (P.). — Plaie pénétrante du cou par instrument tranchant (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 10, 9 août 1888).

Kahler (O.). — Extension du complexus symptomatique de la maladie de Basedow (*Prager medic. Woch.*, n° 32, 8 août 1888).

Kahler (O.). — Contribution à l'étude de la maladie de Basedow (Lettres d'Autriche, *Sem. médic.*, n° 35, 29 août 1888).

Lamarque. — Chondro-sarcome de la parotide (*Soc. d'anat. et de physiol.*, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 sept. 1888).

Larabrie (de). — Tumeur congénitale du cou (*Soc. anat. de Nantes*, 25 juill. ; *Gaz. médic. de Nantes*, n° 10, 9 août 1888).

Lebovicz (F.-L.). — Remarques pratiques sur l'emploi thérapeutique de l'acide borique (*Wien. medic. Presse*, n° 38, 16 sept. 1888).

Moreno y Desverinne. — Corps étranger de l'œsophage; œsophagotomie externe (*Cronica medico-quirurgica de la Habana*, juin 1888).

Murphy. — Gastrotomie dans un cas de rétrécissement de l'œsophage (*Assoc. medic. Britann.*, 7-10 août. ; *Sem. médic.*, 15 août 1888).

Nassiloff. — Résection intra-thoracique de l'œsophage (*Bull. médic.*, 29 août 1888).

Plicque (A.-F.). — Etude critique sur le traitement des rétrécissements cancéreux de l'œsophage (*Annales des mal. de l'oreille, etc.*, n° 8, août 1888).

Porter. — Traitement du goître cystique (*The Journ. of amer med. Assoc.*, 21 juill. 1888).

Sangree (B.). — Tumeur de la région parotidienne (*Philad. med. Times*, n° 539, 15 août 1888).

Schwartz. — Du traitement des rétrécissements de l'œsophage (*Sem. médic.*, n° 35, 29 août 1888).

Siguicelli. — Traitement de l'épilepsie par la galvanisation du corps thyroïde (*Rivista clinic. de terap.* et *Bull. medic.*, n° 67, 22 août 1888).

Stiller. — Traitement de la maladie de Basedow (*Internat. Klin. Rundschau*, n° 31, 29 juill. 1888).

Suarez de Mendoza. — Corps étranger de l'œsophage (*Semaine méd.*, 5 sept. 1888).

Taboada. — Le catarrhe chronique et les eaux minérales de Athama de Aragon (*Boletin de medecina y cerurgia*, août 1888).

Valenzuela. — La nouvelle thérapeutique respiratoire (*Boletin de medecina y cerurgia*, agosto, 1888).

Verneuil. — Corps étranger de l'œsophage (Séance *Académie méd.*; *Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1888).

Weill (G.). — A propos d'un cas de corps étranger de l'œsophage (*Revue médic. de l'Est*, 1er août 1888).

Weinbaum. — Guérison du goître par le courant galvanique (*Bull. médic.*, 29 août 1888).

Zeinemann-Lange. — Emphysème du visage, du cou et de la poitrine, dans un cas de rupture de la paroi thoracique (*Corresp. Bl. d'Algem. Aerztl. Verein z. Thüringen*, 6, 1888).

Zoege-Manteuffel (W.). — Un cas d'échinocoque de la glande thyroïde Saint-Pétersb., *Medic. Woch.*, 23 juill. 1888).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

SUR DEUX CAS D'EMPYÈME DE L'ANTRE D'HIGHMORE

Par le Dr CHIARI, Privatdocent (de Vienne).
(Traduit de l'allemand par M. NATIER, interne des Hôpitaux.)

Les résultats favorables obtenus par Ziem (1), Schöller (2), Walb (3), Luc (4) et autres, dans les cas d'ouverture de l'antre d'Highmore par collections purulentes, m'ont engagé à étudier ce genre d'affections. Les suppurations de ce genre sont faciles à diagnostiquer d'après les récents travaux de Walb. Voici les signes donnés par cet auteur : 1° écoulement permanent de pus possédant dans certains cas une odeur fétide; 2° absence de pus du côté de la cloison nasale, mais, par contre, on constate au voisinage de l'hiatus semi-lunaire des gouttelettes de pus à reflets brillants; 3° la plupart du temps cette suppuration est unilatérale; 4° la carie du maxillaire supérieur est presque toujours la cause de cette affection. Il faut tenir grand compte de l'inflammation des joues due aux altérations dentaires, bien que cette inflammation puisse aussi être la conséquence de la suppuration de l'antre d'Highmore. Il existe toujours de l'hypertrophie du maxillaire atteint avec suppuration et douleur dans la joue. Il est fréquent de voir cette maladie s'accompagner d'eczéma (rhinitis atrophians fœtida), et la sécrétion due à cet eczéma est presque toujours liquide et purulente.

Walb prétend que l'affection peut d'abord siéger dans les sinus du maxillaire supérieur ou bien dans les racines dentaires, et il dit avoir obtenu des succès par le lavage de l'antre d'Highmore pendant quelques semaines ou quelques mois. Il cite à l'appui vingt-cinq cas de gué-

(1) Ziem.
(2) *Doctor dissertation*, Bonn. 10 août 1885.
(3) *Et fahrungen auf dem Gebide der Nasen und Rachen Krankheiten*, Bonn. Maxtohen, 1888.
(4) *Journal de Médecine,* n° 13, 1887.

rison de cette maladie rebelle. Deux fois j'ai expérimenté cette méthode dans les cas de suppuration de l'antre d'Highmore et j'ai pu me convaincre de son efficacité.

Obs. I.—Le premier cas concerne une homme de 27 ans, vigoureux et bien constitué. En 1887, il fut atteint de céphalées périodiques et bilatérales. Quatorze jours plus tard se montra un coryza intense qui disparut une quinzaine après. Du côté gauche on constatait, entre autres symptômes, la persistance d'un écoulement jaunâtre, abondant et fétide. Il vint me consulter au mois de décembre pour être débarrassé de cette maladie rebelle. L'examen du nez révéla du côté droit un léger catarrhe avec sécrétion muqueuse peu abondante; à gauche, au contraire, abondante sécrétion purulente, survenant le matin et pouvant être évaluée à une cuillerée à soupe environ. Après évacuation de cette sécrétion, il se formait, quelques minutes après, une collection purulente au niveau du cornet moyen, où l'on constatait manifestement des pulsations. Le bord de ce cornet était recouvert de productions hyperplastiques qui furent enlevées avec l'anse froide et au galvano-cautère. La cavité nasale fut soigneusement lavée avec une solution salée faible; il n'y eut néanmoins aucune amélioration. En examinant soigneusement les fosses nasales, l'hiatus semi-lunaire et l'antre d'Highmore, je ne trouvai rien et enfin je fus contraint d'admettre comme origine de la maladie l'altération d'une racine dentaire, bien que le malade prétendît n'avoir jamais souffert des dents. Le patient, du reste très intelligent, consentit à se laisser enlever cette dent, car il voulait être débarrassé de cette maladie rebelle. Le 11 février 1888, le Dr Zsigmondy opéra l'extraction, au moyen d'un petit trépan, des deux dents cariées du maxillaire supérieur du côté gauche. Grâce à l'ouverture ainsi pratiquée, il put faire pénétrer dans l'antre d'Highmore une canule de deux millimètres de diamètre; un tube métallique, auquel était adapté un tube de caoutchouc, ayant été introduit par cet orifice, on fit une injection d'acide phénique à 1/2 0/0. Je fus surpris de voir qu'il ne s'écoulait plus de pus par le nez; mais je me rappelai, d'après Walb, que les choses se passaient souvent ainsi. Je continuai les irrigations pendant quelque temps; le troisième jour, il s'écoulait de la fosse nasale gauche, avec le liquide de l'irrigation, une grande quantité de pus fétide. Depuis lors, je continuai les irrigations chaque jour; je me sers d'une solution d'acide phénique à 1/2 0/0 et j'enfonce la canule plus ou moins profondément dans la cavité d'Highmore pour obtenir un lavage parfait de cette cavité. Il faut avoir soin de laisser un peu d'air dans la seringue, car

de la sorte le liquide injecté bouillonne dans la cavité et en pénètre ainsi toutes les anfractuosités. La pénétration des aliments liquides dans la cavité d'Highmore était empêchée par l'étroitesse de la canule. Deux mois après l'affection était presque guérie; cependant, au mois de juin, on constatait encore quelques traces d'écoulement purulent. Les douleurs de tête n'avaient pourtant pas disparu.

Il s'agissait donc bien dans ce cas d'un empyème de l'antre d'Highmore sans gonflement de la cloison osseuse et sans douleur dans la joue. La guérison fut obtenue presque complètement par l'extraction de la dent et à l'aide d'injections que le malade lui-même continua encore pendant quelques semaines après.

Obs. II. — Le deuxième cas a trait à un avocat de Vienne, âgé de 36 ans, qui souffrait de maux de dents depuis 1870 à la suite de l'apparition de la dent de sagesse supérieure du côté droit. Ces douleurs se calmèrent quand la dent eut cessé de s'accroître, et elles avaient pour particularité de disparaître après chaque épistaxis. Après une rémission de deux années les douleurs de dent apparurent encore en 1872, s'accompagnant d'une sécrétion purulente par la fosse nasale droite. En août 1877 se montra un écoulement abondant qui, au bout de trois ou quatre semaines, présentait une couleur foncée et peu à peu, dans l'espace d'un an, cette sécrétion purulente se manifestait surtout le matin au réveil et à midi, principalement lorsque le malade absorbait des liquides chauds. Le malade se couchait-il sur le côté droit ou inclinait-il fortement la tête en avant, on voyait augmenter d'une façon sensible la quantité de pus. L'état restait stationnaire depuis 1877, rebelle à tous traitements. A plusieurs reprises on extirpa de la fosse nasale gauche de petits polypes et on pratiqua des irrigations avec les liquides les plus variés; puis on enleva peu à peu du maxillaire gauche plusieurs dents douloureuses. Ainsi, en 1878, on extirpa deux molaires; en 1883, la dent de sagesse qui permit l'accès dans l'antre d'Highmore.

J'ai moi-même vu le malade en 1880 ; je lui représentai la nécessité d'ouvrir l'antre d'Highmore, ce qu'il n'accepta pas. J'arrachai alors quelques polypes et je cautérisai une hypertrophie existant sur le cornet moyen; j'essayai ensuite, par le nez, des injections dans l'antre d'Highmore. Elles réussirent quelquefois, mais pourtant la sécrétion du pus ne fut en rien modifiée. D'autres médecins lui firent l'extirpation de deux nouvelles dents et on lui enleva en outre quelques petits

fragments d'os nécrosés au voisinage de l'hiatus semi-lunaire et on lui conseilla les stations thermales de la Haute-Autriche. Mais tous ces traitements demeurèrent sans résultats.

Enfin, au mois de février 1888, il accepta l'ouverture de l'antre d'Highmore. Le 2 mars, le Dr Zsigmondi pratiqua l'extraction de deux molaires, mais il ne put arracher que la couronne avec une partie de la racine. Sur mon conseil il fut facile de pénétrer dans l'antre d'Highmore, où on introduisit une canule. Des injections d'acide phénique à 1/2 0/0 donnèrent issue, par la fosse nasale gauche, à une grande quantié de pus jaune, gris, très fétide. Ce traitement fut poursuivi pendant plusieurs mois. Non seulement la suppuration s'arrêta, mais en outre l'hyperplasie ne se reproduisit plus au voisinage de l'hiatus semi-lunaire.

Dans ce cas aussi le pus se reproduisit.

Les deux cas, comme on a pu le remarquer, ont, au point de vue de l'étiologie, une ressemblance frappante. Dans le premier cas, il faut invoquer comme cause de la maladie la rhinite aiguë, qui s'était propagée dans l'antre d'Highmore ; il ne manquait en effet au maxillaire supérieur que la première molaire. Cette dent fut enlevée pour pénétrer dans l'antre d'Highmore; la racine était intacte.

Dans le deuxième cas, la maladie avait aussi pour origine la carie dentaire.

Quant au traitement, les injections dans l'hiatus semi-lunaire semblent très efficaces. On doit pourtant dire que le résultat est toujours incertain. Le plus souvent il n'est possible d'injecter dans la cavité qu'une très petite quantité de liquide, qui, de ce fait, ne peut ensuite être expulsée complétement. C'est pour cela que l'on conseille encore l'ouverture de l'antre d'Highmore, ce qui se fait aujourd'hui facilement, grâce à l'extraction d'une molaire, de la seconde notamment. On perfore l'alvéole au moyen d'un poinçon, suivant le conseil de Walb. Si l'on a soin d'introduire dans l'ouverture une canule très étroite, les aliments contenus dans la cavité buccale ou le pus de l'antre d'Highmore ne peuvent la franchir. Il est très facile de passer dans la journée deux ou trois

canules à calibre décroissant et, par leur intermédiaire, de pratiquer des injections. La canule s'obstrue d'elle-même en peu de jours, si l'on n'a soin de faire des injections quotidiennes.

Tel est en résumé le traitement usité quand on a ouvert l'antre par une alvéole; en effet, le pus sort facilement par la canule, et il est aisé d'y faire pénétrer des injections. Il est de la sorte possible d'empêcher le passage du pus dans la bouche du malade. D'autre part, au contraire, la suppuration de l'antre d'Highmore peut être produite à nouveau par la pénétration de substances alimentaires. Ces accidents fâcheux, survenant presque toujours quand le calibre de la canule est trop considérable, sont facilement évités par l'emploi de canules de 1 à 2 millimètres. Cette méthode a encore été pratiquée par l'ouverture de la paroi externe du nez à sa partie inférieure, principalement par Mikulicz (1), Weinlechner (2) et autres. Elle est beaucoup plus facile, beaucoup moins douloureuse et l'action en est plus prompte. Beaucoup d'articles ont été publiés sur ce mode de traitement : tel celui de Schmiegelow (3) en février 1888. Cet auteur a pratiqué quinze fois cette opération et en a obtenu les meilleurs résultats.

DES CORPS ÉTRANGERS DES OREILLES

Par le Dr **JACQUEMART** (4).

Sous le nom de *corps étrangers* des oreilles, on entend tous ceux qu'on trouve dans les conduits auditifs externes et tous ceux qu'on trouve dans la caisse du tympan ou oreille moyenne.

Les corps étrangers du conduit auditif externe et même

(1) *Prager Zeitschrift f. Heilkunde*, 1886, nº 4.
(2) *Wiener Klinisch Wochenschrift*, 1888, nº 8.
(3) *Hospital Tidende, Kopenhagen*, 1888, Februar.
(4) Communication faite à la Société de Médecine et de Climatologie de Nice.

de la caisse sont de deux catégories : les uns s'y trouvent tout formés et s'y développent sans être apportés de l'extérieur. Dans cette catégorie nous rangeons : 1° les masses cérumineuses ou épidermiques ; 2° les productions osseuses ou tumeurs osseuses, comme les exostoses ; 3° les tumeurs charnues, les polypes ou fongosités ; 4° les séquestres ou fragments osseux provenant de la carie des parois des conduits auditifs ou des caisses tympaniques ; 5° enfin certains corps organisés de l'ordre des cryptogames (on trouve assez souvent des aspergillus ou champignons des moisissures) ; 6° citons encore les collections séreuses ou purulentes. Mais tous les corps de cette catégorie appartiennent à l'histoire de la pathologie auriculaire ; ils n'ont d'intérêt à être décrits qu'en décrivant les maladies qui les occasionnent. Aussi n'avons-nous pas l'intention d'entreprendre cette étude beaucoup mieux faite par d'autres tels que Duplay, Ladreit de Lacharrière, Miot, pour ne citer que des Français.

Les corps étrangers de la deuxième catégorie sont importés dans l'oreille : ils viennent du dehors. Nous nous occuperons seulement de ces derniers. Il s'agit là, en effet, d'accidents journaliers qui sont soumis d'abord aux soins des praticiens ordinaires, des médecins des familles à qui on vient tout naturellement demander secours en pareille circonstance. Trop souvent, nous nous sommes trouvé en présence d'accidents produits pendant les tentatives d'enlèvement des corps étrangers de l'oreille, et nous désirons que les explications qui vont suivre servent aux praticiens quand ils voudront tenter eux-mêmes l'extraction ; nous désirons pour le moins que ces explications leur montrent qu'il est très important pour eux de se désintéresser d'abord sans avoir rien essayé, et de soumettre tout de suite leur malade aux praticiens spécialistes en pathologie auriculaire. Ceux-là en effet sont plus habitués, plus experts dans l'examen de l'oreille ; ils sont mieux outillés d'ailleurs pour

ces opérations et ont, par cela même, beaucoup de facilité pour opérer quand ils se trouvent les premiers à le faire. Des tentatives malhabiles d'extraction que le médecin a souvent faites en aveugle ont fait que neuf fois sur dix on reste en présence de désordres graves du conduit, du tympan ou des organes de la caisse. On a vu enfin les situations les plus graves et les plus difficiles où le spécialiste avait à remédier aux désordres en même temps qu'à chercher à faire l'extraction manquée, où il avait tout à la fois à ménager la réputation des confrères.

Les corps étrangers venus du dehors ont pénétré dans les oreilles tantôt *involontairement*, tantôt *volontairement*.

Nous nous sommes donné pour tâche d'indiquer les moyens d'extraction de ces différents corps et de signaler les dangers qui peuvent résulter de tentatives malheureuses.

Prenons d'abord les corps étrangers introduits *involontairement :*

De ce nombre sont des mouches, pucerons, insectes (perce-oreille), des puces, enfin des larves d'insectes; car il arrive souvent que certaines mouches attirées par l'odeur putride s'arrêtent dans des conduits auditifs malpropres ou suppurant et y déposent leurs œufs qui éclosent et donnent la larve de l'animal. Ces larves vivantes commettent des ravages souvent sérieux et produisent de vives douleurs.

Nous citerons encore des corps étrangers de diverses natures, comme il peut s'en rencontrer quand on traverse un tourbillon de poussière ou quand on tient la tête hors de la portière en chemin de fer. Je parlerai seulement pour mémoire de l'eau aux bains quand on plonge : là en effet l'extraction se fait seule.

La première chose à faire quand un malade se présente en disant qu'une bête ou un corps étranger quelconque est entré dans son oreille, qu'il se soit aperçu de son entrée ou que sa présence lui soit seulement révélée par

des mouvements, un bruit anormal et surtout par du malaise et de la douleur, la première chose à faire est d'examiner l'oreille convenablement, je veux dire l'intérieur du conduit auditif jusqu'au tympan. — C'est simple, et pourtant que de fois ne fait-on pas, ou fait-on très mal cette chose si simple!

On arrivera facilement à faire cet examen, non en tirant légèrement l'oreille et en regardant au jour dans le conduit (ce moyen est insuffisant 99 fois sur 100, et presque toujours on croira avoir vu le tympan quand on n'aura réellement vu qu'un segment de la paroi postérieure du conduit qui est infléchi, comme on sait, en une courbe dont la concavité regarde en avant), mais on verra très bien jusqu'au fond du conduit si on se sert d'un petit spéculum auris.

On introduit ce spéculum dans le conduit jusqu'à la jonction de la portion cartilagineuse avec la portion osseuse. On arrive aisément jusque là en tirant légèrement le pavillon en arrière, en haut et en dehors, pendant que de l'autre main on introduit le spéculum en tournant.

Par le mouvement tournant, on fait moins souffrir, et même pas du tout. Alors on dirige la lumière d'une lampe, et même d'une bougie, faute de mieux, réfléchie au moyen d'un miroir concave dans le fond du spéculum. — Le spéculum introduit, comme je viens de dire, redresse la courbure du conduit, et dès lors on peut voir jusqu'au fond; on peut, en faisant subir au spéculum de petits mouvements de bascule en haut, en bas, à droite, à gauche, on peut apercevoir la totalité de la membrane du tympan. — Il est bien entendu que cet examen du fond ne devient nécessaire qu'autant qu'un examen d'entrée n'aura rien révélé au méat ou dans la première partie du conduit.

Ces quelques explications m'ont paru indispensables, parce que, faute de bien voir, on n'apprécie pas ce qui est, ou même on distingue ce qui n'est pas. Il faut donc bien

explorer le conduit jusqu'au fond. Dès lors, s'il y a un insecte, on l'aura vu, on sera certain de sa nature. Si c'est un autre corps, on le reconnaîtra également ; on relèvera sa position ainsi que les avaries qui pourraient en être déjà la conséquence. Souvent même on aura reconnu qu'il n'y avait rien et que le malade est dans l'erreur. — A ce propos nous dirons qu'il n'est pas toujours convenable de déclarer à certaines personnes qu'elles n'ont rien, n'y eût-t-il rien en effet. La sensation du contact d'un corps étranger dans l'oreille, animal vivant ou chose inerte, persiste assez longtemps après que le corps est sorti naturellement ; et bien certainement il y a des individus qui ne nous croiraient pas si nous n'avions fait le simulacre d'une extraction du corps, si nous ne leur avions montré même un objet pareil à celui qu'ils décrivent plus d'une fois. Pour mon compte, je n'ai réussi à convaincre de tels malades qu'en employant ce subterfuge, innocent d'ailleurs. Ils accusaient la présence d'une mouche, d'une épingle... Je faisais l'inspection, et je ne voyais rien. Mais eux me soutenaient que je devais voir mal... Alors j'observais de nouveau tout en cherchant à me procurer un objet pareil que je sortais triomphant, je disais de l'oreille, mais de ma poche ou de ma manche. — Les malades partaient contents et ne pensaient plus à faire d'autre traitement ; c'est qu'en effet, si je m'étais obstiné, ils ne m'auraient point cru et seraient allés au sortir de chez moi se soumettre peut-être à certain praticien inexpérimenté capable de leur faire quelque accident grave.

Doit-on chercher à saisir les corps étrangers de cette catégorie au moyen de quelque instrument pour les sortir du conduit auditif ? D'une manière générale on doit y renoncer.

En effet, si l'on considère qu'en raison même de la façon dont ils sont parvenus dans l'oreille, nous avons dit involontairement, ces corps ne peuvent siéger bien profondément et se trouvent plutôt ordinairement dans

le conduit auditif, à l'entrée même de celui-ci, on sent parfaitement l'inutilité de recourir à des instruments de préhension comme les pinces, serre-nœuds, etc... Une simple injection d'eau tiède suffit presque toujours pour amener l'expulsion du corps, même d'un corps vivant. Mais il faut que l'injection soit bien faite ; et à ce sujet nous dirons plus loin comment nous entendons qu'on fasse les injections auriculaires. — Il faut aussi proscrire absolument de la pratique l'introduction dans l'oreille de substances autres que de l'eau tiède. Ainsi l'éther, les acides, l'alcool, les corps gras, le lait, sont, en cette circonstance, autant d'agents dangereux agissant quelquefois d'une façon beaucoup plus malfaisante que les corps qu'on voudrait enlever.

Doit-on laisser séjourner les corps étrangers dans l'oreille ? Nous n'en donnerons certes pas le conseil ; car, outre les accidents directs qu'ils peuvent occasionner, comme par exemple l'inflammation du conduit ou du tympan, il n'est pas rare qu'ils déterminent des accidents réflexes fort graves. C'est ainsi qu'on a vu des personnes atteintes de toux opiniâtre et quinteuse, de vertiges, de bourdonnements insupportables, lesquelles personnes n'avaient pas d'autre cause de leur affection que la présence d'un de ces corps étrangers oubliés dans l'oreille par elles-mêmes, ou qu'un médecin consulté avait négligé d'extraire. Cette remarque, à propos des troubles réflexes, s'applique aussi bien aux corps étrangers introduits volontairement qu'à ceux introduits involontairement.

On pourra sans doute citer des exemples de gens qui ont gardé dans le fond du conduit auditif, pendant de longues années, des objets divers. Nous l'avons nous-même constaté. Mais c'est l'exception.

Nous avons dit que nous préférons, pour l'extraction des corps étrangers, nous servir d'une irrigation d'eau tiède. Il peut pourtant arriver que ce moyen ne suffise

pas, quand, par exemple, le corps adhère fortement aux parois du conduit. Il en est qui sont piqués dans le tégument ou enchâssés. D'autres fois, et c'est ce qui arrive à certains insectes, ils s'accrochent par leurs pattes ou leurs mandibules, et l'eau n'arrive pas à les détacher. — Nous conseillons, dans ce cas, de chercher à les prendre au moyen d'une pince. Mais c'est ici qu'il faut bien s'éclairer ; car je n'admets pas, et tout le monde sera de mon avis, qu'on aille à la recherche d'un corps étranger dans le fond de l'oreille sans voir ce qu'on fait. — Ordinairement les corps étrangers, quand ils sont petits, tombent dans la dépression antéro-inférieure qui existe dans le fond de tout conduit auditif, lequel s'élargit près du tympan et forme diverticulum en ce point. Et je ne pense pas qu'on puisse arriver dans cette dépression si on n'est pas guidé par un très bon éclairage. — Je me sers, moi, pour obtenir cet éclairage, d'un otoscope auquel j'ai attaché mon nom et que je veux vous soumettre. La vue de cet appareil et le fonctionnement sur l'un de nous montrera mieux que toute description quels peuvent en être les avantages. Loin de moi pourtant de croire que cet instrument soit parfait. Il faut, pour s'en servir bien, qu'on ait pris une certaine familiarité de son fonctionnement. — C'est ce qui arrive d'ailleurs pour tous les instruments, et je crois être dans le vrai en affirmant que tous les moyens d'éclairage, comme tous les spéculum et otoscopes, sont les meilleurs dans la main qui est habituée à s'en servir. — Pourtant je pense que l'appareil de Brunton, malgré les avantages qu'il a de grossir les objets, convient mal pour l'extraction des corps étrangers, à moins qu'il ne soit armé d'un spéculum fendu comme il en existe certains.

En tout cas j'ai la faiblesse de préférer le mien pour le motif que je viens d'exposer, à savoir que j'en ai l'habitude.

Quand enfin on est bien éclairé, qu'on peut par conséquent bien distinguer l'objet à saisir, on peut le prendre

au moyen d'une petite pince coudée à branches parallèles, ou une de ces pinces qui ne s'ouvrent qu'à leur extrémité au moyen d'un mécanisme fort ingénieux. Montrer la pince vaut mieux qu'une description, la voici :

Les corps étrangers introduits involontairement sont et ne peuvent être que d'un volume relativement peu considérable, de sorte qu'ils seront toujours facilement extraits quand on les aura pu saisir avec la pince. Il est bien entendu que, s'il s'agit d'un corps liquide ou peu dur, l'irrigation simple en aura toujours facilement raison.

Quand les corps introduits involontairement dans l'oreille sont volumineux, il est rare qu'ils se trouvent au delà de la portion cartilagineuse du conduit, c'est-à-dire de la portion extensible. Jusque-là ils seront également faciles à extraire, soit avec l'injection d'eau tiède, soit avec la pince. On ne les trouverait plus loin, dans la portion osseuse, que s'il avait été fait quelque tentative d'extraction. Or, dans ces conditions, cela devient un corps *introduit volontairement*, et l'étude s'en reporte au chapitre suivant. Nous nous étendrons également davantage sur les accidents qui peuvent résulter de tentatives malhabiles et forcées quand nous aurons à parler des corps étrangers introduits *volontairement.*

J'ai dit qu'une deuxième catégorie de corps étrangers de l'oreille est celle des corps *introduits volontairement.*

Dans cette catégorie nous trouvons des corps durs, des pierres, des perles de verre ou de métal, des grains de plomb; ou bien ce sont des corps demi-durs, des graines, des fragments de bois, des boules de cire, des boulettes de mie de pain, de papier mâché... Nous trouvons encore souvent, surtout chez les soldats carottiers, certaines substances, comme du suc de plantes agglutiné ou des feuilles enroulées, substances plus ou moins vésicantes; citons parmi ces dernières le piment dans les pays où il pousse; citons le tabac humide, de vieux culots de pipes; citons

le suc des Euphorbes. Nous avons même vu des individus introduire des boulettes de pâte de cantharides recueillie sur de vieux vésicatoires. On n'a pas besoin d'expliquer l'effet cherché par ces hommes. Inutile d'expliquer par quels moyens aussi faciles on démasque leurs ruses.

C'est surtout chez les enfants qui vivent en agglomération et chez les conscrits, les soldats qui s'ennuient au régiment, que l'on rencontre le plus de corps étrangers introduits volontairement. Chez les enfants, c'est en jouant qu'ils font la chose, et souvent ce sont les plus grands qui cherchent à faire quelque farce à de plus jeunes ou à des moins dégourdis. Chez les soldats, on comprend que c'est pour eux un moyen ou de se faire réformer ou, plus tard, de se faire renvoyer du régiment dans leurs familles.

Tant qu'il ne s'agit que des corps mous ou élastiques mais homogènes, il est facile de les extraire. Les irrigations d'eau tiède encore une fois en auront facilement raison. Du moins nous pouvons affirmer qu'elles auront toujours raison des corps susceptibles de se délayer. Je dis que c'est toujours facile, c'est vrai, quand on est appelé tout de suite; mais c'est moins facile quand on est appelé tardivement, quand le conduit est irrité et tuméfié, et que les corps se trouvent pour ainsi dire emprisonnés derrière un bourrelet adémateux. Nous dirons tout à l'heure quelles sont les précautions à prendre si le conduit s'est ainsi refermé sur un corps étranger.

Nous supposons que le conduit a gardé les dimensions intactes de son calibre. Si l'eau n'avait pas raison de la difficulté, il faudrait chercher, en s'aidant de l'otoscope, à déplacer légèrement le corps au moyen d'un stylet mousse. On le dégage par en haut, point où, comme nous le dirons tout à l'heure, on doit toujours diriger le jet liquide dans toute injection expulsive de corps étrangers. On a beaucoup de chance, après qu'on a fait une porte d'entrée à l'eau, pour qu'une deuxième injection soit plus efficace que la première. Mais supposons qu'on échoue

malgré cette précaution : alors seulement on sera en droit de se servir de pinces, et on songera à extraire le corps comme l'on pourra, soit tout d'un coup, soit partiellement, en détail. Une curette conviendra mieux pour les corps mous, et un crochet pour les corps enchevêtrés, en filasse. Enfin, si c'est un corps solide comme du bois, une matière qui se coupe, on pourra la diviser en plusieurs morceaux. C'est le cas de le couper pour le diminuer quand le corps est placé de façon telle que sa plus grosse partie soit au fond du conduit. Les corps hygrométriques qui renflent et prennent par conséquent la forme du conduit ne peuvent vraiment plus être extraits qu'après division, puisque, comme on le sait, les dimensions en largeur du conduit sont plus grandes au voisinage du tympan. — Il m'est arrivé par exemple de ne pouvoir extraire un haricot gonflé par l'humidité au fond du conduit, qu'après l'avoir divisé.

Supposons maintenant que le corps étranger se trouve emprisonné, comme j'ai dit, par un gonflement œdémateux ou phlegmoneux du conduit... Que faire ?

S'il y a phlegmon, rien de plus simple : inciser au point d'élection et attendre la résolution ; attendre même la résolution sans incision préalable quand on trouve de la résistance de la part du malade, puis ensuite se comporter comme je viens de l'expliquer ci-dessus. Je dois dire que je n'aime pas à garder la responsabilité, lorsque, en cas de phlegmon, on ne me laisse pas inciser. Car il y a danger à ne rien faire, danger surtout par accidents réflexes. — Il peut y avoir inflammation du tympan avec la caisse demandant une intervention.

J'interviens donc suivant ma conscience, ou je me retire. S'il y a simplement œdème du méat du conduit auditif, je fais la dilatation, soit avec la laminaire, soit avec l'éponge préparée qui est mieux supportée. Cette dilatation se fait rapidement, et ensuite il ne reste plus qu'à opérer comme il a été dit quand le conduit auditif a toute sa largeur.

Ce que nous venons de dire concerne surtout les corps étrangers mous, ou demi-durs. *(A suivre.)*

COMPTE RENDU
DU
IVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE
(BRUXELLES, 1888)

par le Dr WAGNIER, de Lille.

(Suite.) (1)

M. ROHRER. — **La signification de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections du labyrinthe.**

L'auteur conclut en disant :

1. Un degré prononcé de surdité avec une diminution considérable de la perception osseuse du diapason, ainsi que de celle des tons élevés du sifflet de Galton et des verges sonores de Kœnig, par la voie aérienne ou osseuse, permet de conclure à une affection du labyrinthe ou du nerf auditif.

2. Dans ces cas, le résultat de l'expérience de Rinne peut être positif ou négatif; toutefois le premier résultat est au second dans la proportion de 2 : 1.

3. Dans le Rinne +, le sexe masculin donne 69 0/0 des cas contre 31 0/0 pour le sexe féminin. Dans le Rinne — on trouve une proportion presque égale à 47 0/0 d'hommes et 53 0/0 de femmes.

4. Pour la jeunesse et l'âge moyen de la vie de 0 à 20 ans et de 20 à 40 la proportion est la suivante : dans le Rinne + 49 0/0, dans le Rinne — 62 0/0. L'âge de 40 à 60 ans et de 60 à 80 ans donne pour le Rinne + 51 0/0, pour le Rinne — 38 0/0.

5. L'expérience de Weber fait constater une latéralisation du bruit :

Vers l'oreille qui entend le mieux, dans le R. + 48 fois; R. — 35 fois.
Vers l'oreille qui entend le moins, dans le R. + 31 fois; R. — 44 fois.
Elle ne donne pas de résultats, dans le R. + 21 fois; R. — 21 fois.

(1) Voir *Revue*, no 6, 1888.

6. La perception du sifflet de Galton est diminuée d'une façon considérable aussi bien dans le R. + que dans le R. — ; elle donne 36,5 pour le R. + et 35,0 pour le R. —.

Les verges sonores de Kœnig sont perçues :

Dans le R. + 177 fois jusqu'au sol[8].
Dans le R. — 123 fois —

Les troubles de l'équilibre se sont montrés :

Dans le R. + 46 fois °/₀
Dans le R. — 48 fois °/₀

8. Les bruits subjectifs les plus fréquents étaient ceux de son moyen et élevé; ceux de son bas sont un peu plus fréquents dans le R. —.

9. Les maladies infectieuses jouent, dans les deux résultats, un rôle important environ 30 fois sur 0/0; il en est de même des refroidissements et des affections du naso-pharynx.

10. Les distances moyennes de l'audition étaient les suivantes :

Pour l'acoumètre de Politzer	dans le R.+ 28 c.,	dans le R.— 36 c.
Pour la voix chuchotée. . .	dans le R.+ 42 c.,	dans le R.— 41 c.
Pour la voix parlée.	dans le R.+ 200 c.,	dans le R.— 118 c.

11. Perception osseuse du sommet du crâne (expérience de Weber).

	État normal :	Dans le R. +	Dans le R. —
Diapason	a' = 41"	a' = 19'7"	a' = 24'6"
—	c' = 23"	c' = 11'8"	c' = 15'7"
—	A = 55"	A = 27'5"	A = 40'3"

Expérience de Rinne.

Dans le R. + perception osseuse :	Dans le R. — perception osseuse :
a' = 22'3"	a' = 30'6"
c' = 19'3"	c' = 21'8"
A = 31'2"	A = 42'5"

Perception aérienne.

a' = 25'8"
c' = 13'8"
A = 28'1"

12. La paracousie de Willis s'est montrée :

Dans le R. + 7 fois.
Dans le R. — 30 fois.

13. La durée de l'affection était, dans les deux résultats de l'expérience de Rinne, le plus souvent très longue et, dans 30 à 32 0/0 des cas, elle datait de l'enfance.

Pressions centripètes de Gellé.

Rinne +, 54 cas expérimentés.

Résultats :

Transmission osseuse	:	transmission aérienne.				
—	:	+	=	12 fois	=	11.1 0/0.
+	:	+	=	91 fois	=	84 » 0/0.
+	:	+	=	4 fois	=	0.9 0/0.
Au total :						
Transmission osseuse	:	—	=	13 fois	=	12 » 0/0.
»	:	+	=	95 fois	=	88 » 0/0.
Transmission aérienne	:	—	=	5 fois	=	4.6 0/0.
»	:	+	=	103 fois	=	95.4 0/0.
Transmission aérienne et osseuse	:	—		18 fois	=	16.6 0/0.
» » »	:	+		198 fois	=	183.4 0/0.

Rinne —, 50 cas.

Résultats : Transmission osseuse	:	transmission aérienne.		
—	:	+	=	57 » 0/0.
+	:	+	=	27 » 0/0.
+	:	+	—	0 » 0/0.
—	:	—		16 » 0/0.
Au total : transmission osseuse	:	—	=	73 » 0/0.
»		+	=	27 » 0/0.
transmission aérienne	:	—	=	16 » 0/0.
»	:	+	=	84 » 0/0.
Transmission aérienne et osseuse	:	—	=	89 » 0/0.
» »	:	+	=	111 » 0/0.

(*a*) Les pressions centripètes de Gellé sont un moyen précieux de diagnostic pour différencier entre elles les affections primaires ou secondaires du labyrinthe et permettent de conclure à l'état fonctionnel des fenêtres ovale et ronde.

(*b*) Le Rinne — observé dans la surdité prononcée avec la diminution de la transmission osseuse et de la perception des

tons élevés du sifflet de Galton indique, lorsque le résultat des pressions centripètes de Gellé est négatif pour la transmission osseuse, qu'il y a ***participation secondaire du labyrinthe.***

M. CRESWELL-BABER. — **Observations rhinologiques.**

L'auteur recommande l'emploi de pulvérisations d'alcool à 25 et 50 0/0 dans les différentes affections des fosses nasales. Une seule fois il a observé de la somnolence et de la perte de la mémoire. Ces pulvérisations sont particulièrement utiles dans les cas de polypes, de migraines frontales et chez les personnes ayant abusé de la cocaïne. Dans l'hay-fever le résultat a été moins bon.

M. COZZOLINO dit avoir publié un travail complet sur l'emploi de l'alcool dans les rhinites chroniques. C'est surtout dans les dégénérescences myxomateuses des cornets que le résultat a été excellent.

M. PRITCHARD emploie l'alcool en solution d'abord, puis graduellement pur.

M. COZZOLINO. — **Contribution à la clinique des folies sensitives acoustiques ou troubles mentaux causés ou entretenus par les maladies de l'oreille.**

L'auteur rappelle son travail publié dans la *Psychiatria de Naples*, sur le même sujet, et se borne à signaler deux autres faits : dans le premier, l'hallucination avait été entretenue par un bouchon de cerumen chez un individu très affaibli par un ancien catarrhe chronique des intestins ; dans l'autre cas, il s'agit d'un jeune homme qui se livrait à tous les plaisirs vénériens et se faisait sucer sur le pavillon de l'oreille; à la suite de ces excès, ce jeune homme eut une exsudation séreuse de la caisse qui lui occasionnait des bruits et des hallucinations acoustiques à un tel point qu'il se croyait ensorcelé par la femme qui lui avait pratiqué la succion sur l'oreille. L'auteur, après avoir fait la myringotomie pour permettre l'issue de la sérosité, le patient fut soulagé très vite et guérit parfaitement. Il recommande donc l'examen de l'oreille dans tous les cas d'hallucinations et d'illusions acoustiques, parce que les lésions auriculaires sont fréquentes

chez les fous, comme l'ont démontré les études statistiques.

M. Roosa. — Parfois l'impression morale est occasionnée par de violents bourdonnements, et l'auteur cite le cas d'un major général bien portant et vigoureux qui se suicida pour des bruits subjectifs violents dont aucun médecin ne put le débarrasser. Roosa pense cependant qu'il faut une prédisposition spéciale du malade.

M. Gellé croit à un état nerveux spécial hallucinatoire, et l'élément psychique joue le plus grand rôle dans ces cas. Il cite le cas d'un malade qui, après des veilles prolongées, entendait une voix qui lui dictait ses paroles. L'intelligence était parfaite et, après le repos, les hallucinations cessaient.

M. Ménière. — **Emploi du galvano-cautère dans le traitement de la périostite de l'apophyse mastoïde.**

M. Ménière, dans les cas de périostite mastoïdienne occasionnée par les affections suppurées, rappelle les bienfaits de l'incision de Wilde, mais il préfère encore l'incision avec le couteau thermique. 56 fois, dont 11 sans maladie de la caisse, il a employé ce procédé avec succès.

Il en rapporte deux observations. Ainsi pas d'écoulement de sang et pas de complications opératoires.

M. Gellé demande si ce traitement est applicable aux complications mastoïdiennes consécutives aux otorrhées.

M. Ménière. — La périostite dont je viens de parler était due à un refroidissement.

M. Moure. — De simples pointes de feu ne produiraient-elles pas le même effet? Je viens d'observer un exemple où ce traitement m'a donné un résultat rapide et vraiment surprenant. Dans tous les cas, s'il faut intervenir chirurgicalement, je préfère le bistouri, qui, dans cette région, ne peut ouvrir aucun vaisseau important, et qui a, de plus, l'avantage de faire une saignée locale très utile au malade.

M. Suarez de Mendoza. — Comme M. Moure, je préfère le bistouri qui m'a toujours donné d'excellents résultats.

M. Délie (d'Ypres). — **Action des vapeurs d'iodoforme dans les affections de la trompe et de l'oreille moyenne** (1).

(1) Sera publié.

M. Delstanche. — J'ai moi-même préconisé la vaseline iodoformée dans la caisse, mais je me demande si la chaleur ne transforme pas l'iodoforme en iode et si je ne faisais pas un traitement iodique.

M. Délie. — L'iodoforme produit, en effet, de l'iode, mais, tandis que ce dernier médicament est mal supporté, le premier l'est, au contraire, très bien.

M. Bayer. — **Contribution à l'étude et au traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore.**

M. Hartmann. — Déjà, en 1882, j'ai appelé l'attention sur ce diagnostic et sur la valeur de l'écoulement du pus au niveau du côté externe du méat moyen. Le procédé, qui consiste à mettre la tête du malade en bas, est mauvais, selon moi, car il empêche plutôt le pus de s'écouler qu'il ne favorise sa sortie. L'injection directe par le méat est préférable.

M. Bayer. — J'ai déjà réfuté ces objections dans mon travail.

M. Knapp. — Je voudrais mentionner la propulsion de l'œil en avant comme symptôme du catarrhe du sinus maxillaire.

M. Guye. — On a exagéré beaucoup et trop ouvert le sinus. J'estime pour ma part que le catarrhe de cette cavité est le plus souvent d'origine dentaire, et que c'est à ce niveau qu'il faut ouvrir, en mettant une sonde à demeure pour faire des lavages complets jusqu'à guérison.

M. Hartmann. — On peut, chez certains malades, arriver par le traitement nasal sans ouvrir l'alvéole.

M. Schiffers. — J'ai publié des cas où ce traitement a été fait par le nez; l'ouverture est facile à trouver et le traitement utile dans les cas où le nez est le point de départ de l'affection. Si les dents sont en cause, il est évident que c'est par l'alvéole qu'il faut pénétrer.

Sur la proposition du président, Florence est choisie comme siège du prochain Congrès.

Le Comité d'organisation locale est composé de MM. Sapolini, de Rossi, Cozzolino, Gradenigo, Secchi, Brunetti et Grazzi. Le Comité international est composé de MM. Delstanche, Schiffers et Eeman pour la Belgique; Swanbeye et Ceterblad pour la Suède; Beake, Greene, Breck, Burnett,

Knapp, Roosa et Turnbull pour l'Amérique; Morpurgo, Politzer, Böke et Zaufal pour l'Autriche; Secrétan et Rohrer pour la Suisse; de Rossi, Grazzi, Sapolini, Cozzolino, Brunetti, Longhi, Secchi, Bobone et Gradenigo pour l'Italie; Guye, Van Hoock et Moll pour la Hollande; Suñé y Molist, Gonzalez Alvarez, Urunuela, Sota y Lastra et Moresco pour l'Espagne; Lucœ, Moos, Truckenbrod, Hartmann et Bezold pour l'Allemagne; Urban-Pritchard, Creswell-Baber, W. Dalby, Barr, Mac Bride, Swanzy et Stone pour l'Angleterre; Gellé, Ménière, Moure, Joly, Noquet et Baratoux pour la France; Ruhlmann, Stepanoff, Mandelstamm, Poorten et Benni pour la Russie.

M. Sapolini propose de choisir un certain nombre de questions qui seront mises à l'ordre du jour du prochain Congrès (renvoyé à une Commission spéciale).

M. Barr. — **Sur le traitement opératoire consécutif aux abcès de l'oreille.**

M. Stuart. — Le diagnostic du siège de l'abcès n'a été établi que sur des troubles moteurs.

M. Politzer a observé des cas où il n'existait aucun symptôme moteur, mais simplement une douleur violente et continue au niveau de l'occiput dans les abcès cérébelleux, à la région temporale dans un point fixe dans les abcès du cerveau.

M. Cozzolino. — L'examen ophtalmoscopique permet aussi plus souvent de faire le diagnostic d'une affection cérébrale. MM. Ruggi et Rarba ont fait aussi des trépanations crâniennes avec succès.

Séance du 12 septembre matin.

Dr Knapp. — **Tumeurs fibreuses du lobule de l'oreille.**

L'auteur, qui a déjà publié des observations de cette maladie rare, en rapporte un nouveau cas. Une femme de vingt-six ans, à qui on avait percé le lobule de l'oreille à l'âge de neuf ans et chez qui la cicatrisation avait été longue, vit, à l'âge de treize ans, se développer des tumeurs des lobules qui furent enlevées par l'instrument tranchant et qui récidi-

vèrent un grand nombre de fois. Elle avait déjà subi six opérations quand une nouvelle récidive la fit s'adresser à l'auteur.

Il y avait deux tumeurs de volume presque égal, adhérentes à la peau, que la tumeur infiltrait jusque dans ses couches les plus superficielles.

L'auteur enleva les tumeurs largement et la guérison eut lieu par première intention. Il n'y a pas de récidive, cinq mois après l'opération. La tumeur, adhérente, homogène, composée de tissu cicatriciel très dur, a une structure qui ressemble à celle de la sclérotique.

M. Knap pense qu'il faut donner à cette tumeur le nom de fibrome kéloïde.

Billroth dit que ce fibrome du lobule n'est qu'une cicatrice hypertrophique; on a cependant décrit des tumeurs kéloïdes sans blessure préalable.

La maladie résulte de la perforation du lobule et de l'insertion d'un corps étranger. C'est peut-être parce que les négresses portent des boucles en métal grossier qu'elles sont, plus que les blanches, sujettes à l'affection. L'auteur a dû modifier son opinion au sujet de la récidive, il croit maintenant que la récidive, après l'opération, est des plus à craindre. L'auteur s'élève contre la coutume de porter des boucles d'oreille qu'il appelle barbare.

M. Rosa a toujours vu ces tumeurs se développer soit chez les blanches, soit chez les négresses, à la suite de l'irritation.

M. Politzer demande si on a parfois constaté l'hérédité de l'affection.

M. Knapp répond négativement.

M. Moure : 1° **Influence de l'air de la mer sur les maladies de l'oreille et de la trompe** (1).

M. Morpurgo. — Le fait avancé par M. Moure vient à l'appui de ce que j'observe depuis vingt-cinq ans à Trieste. Les bains de mer sont nuisibles à l'oreille, et c'est là un fait à signaler aux médecins trop

(1) Sera publié.

portés à envoyer aux bains de mer les malades atteints de maladie d'oreille.

M. Bobone (San-Remo) dit avoir exercé d'abord à Turin, où les maladies de l'oreille étaient plus fréquentes qu'à San-Remo. Au bord de la mer, l'air est pur et sans microbes, et les suppurations se tarissent vite. Il n'a jamais vu une affection de l'oreille aggravée par le séjour à cette station.

M. Noquet. — Le séjour au bord de la mer est nuisible, notamment dans les suppurations, mais il faut distinguer l'action de l'air et celle des bains, et je crois que ce sont ces derniers qui exercent une influence nuisible.

M. Guye. — D'après mon expérience, le séjour au bord de la mer est nuisible pour l'oreille. Mais c'est le froid local qu'il faut incriminer, l'oreille étant un organe d'une sensibilité extrême aux variations de température, et surtout au froid. Il cite quelques cas à l'appui de son opinion.

M. Creswell-Baber appuie cette manière de voir.

M. Kenny (Melbourne). — Le séjour au bord de la mer augmente la plupart des maladies de l'oreille, même chez nous où les plages sont constamment *chaudes ;* mais c'est surtout chez les plongeurs allant jusqu'à 16 et 18 pieds que les affections de l'ouïe sont fréquentes. Ce serait alors la différence de pression qu'il faudrait incriminer.

M. Suarez de Mendoza. — Les bords de la mer donnent un coup de fouet momentané aux affections de l'oreille, mais généralement le mieux se fait sentir après.

M. Gellé. — Je ne puis dire qu'une chose, c'est que le mois qui suit la saison des bains de mer est excellent pour mon cabinet.

M. Roosa. — **De l'action de la quinine sur les organes auditifs.**

La peur que l'on a en général de la quinine pour l'oreille n'est pas basée sur l'observation des faits, car les effets nuisibles de cet agent sur l'organe de l'ouïe sont fort rares. On a constaté des amblyopies d'origine quinique, et Roosa compare certaines complications auriculaires à cette affection.

D'après ses expériences et celles de Schwabach sur l'oreille normale, la quinine produit l'hyperhémie du tympan. Avec des

doses de 4 grammes de quinine par jour, le diapason n'était plus entendu par la voie crânienne, mais seulement par la voie aérienne.

L'auteur rapporte deux cas : dans l'un, un malade, ayant eu la malaria et après un catarrhe bronchique, fut traité par la quinine. Il eut, à la suite, de l'otite moyenne aiguë, le tympan fut perforé sans succès, et le malade tomba dans le collapsus. Le Dr Roosa, appelé en consultation, conseilla l'abstention et le malade guérit.

Le second fait est relatif à un médecin du Japon qui, ayant une otite aiguë, prit de la quinine et vit son affection s'aggraver. L'iodure et la pilocarpine administrées ensuite étant restées sans résultat, on donna de la strychnine et de l'alcool, et le malade guérit.

M. Urban Pritchard. — Ce ne sont point les médecins ordinaires qui ont peur de la quinine, mais les auristes; dans tous les cas observés par moi, il s'agissait d'une lésion de l'oreille interne peu grave en général.

M. Rohrer a noté trois fois de la surdité, après la malaria, après l'administration de quinine et de salycilate de soude.

M. Gellé a vu des cas de vertiges de Ménière traités par la méthode de Charcot (0,80 cent. à 2 grammes de quinine par jour), et jamais il n'a vu survenir de surdité définitive après l'emploi de ce remède. Aussi M. Gellé pense-t-il que Charcot est dans l'erreur en supposant que la quinine arrête le vertige en anesthésiant ou détruisant le nerf auditif, car l'oreille sourde reste bonne après la cessation du traitement.

M. Gradenigo. — **Réaction électrique du nerf auditif, considéré dans ses rapports avec les conditions fonctionnelles de l'appareil percepteur des sons.**

I. Dans des conditions parfaitement normales, on ne réussit qu'exceptionnellement à provoquer une réaction de l'acoustique au moyen de l'excitation électrique, même en produisant des courants très intenses.

On ne devrait donc pas parler d'une réaction normale (Brenner); pour obtenir une réaction, il est nécessaire que

l'excitation électrique de l'acoustique soit augmentée d'une façon pathologique.

II. Une augmentation de l'excitabilité de l'acoustique se rencontre dans toutes les maladies des oreilles, soit externes, soit moyennes, soit internes, qui s'accompagnent de phénomènes graves d'hyperhémie et d'irritation (otites moyennes, purulentes; otites internes, spécifiques, furoncles de l'oreille, etc.). Il ne se rencontre pas d'hyperexcitabilité du nerf acoustique dans les affections qui représentent des otites d'inflammation légère, ou qui se passent sans symptômes graves de réaction (otites catarrhales, chroniques, otites scléreuses, etc.). L'hyperexcitabilité électrique de l'acoustique a lieu, même fréquemment, dans les stades initiales des affections endo-crâniennes qui s'accompagnent habituellement de névrite auriculaire bi-latérale, tandis que les fonctions auditives se maintiennent normales.

III. Le nerf acoustique a, pour sa modalité de réaction électrique, une attitude tout à fait analogue à celle des autres sens; il n'occupe donc pas une place exceptionnelle, comme on le dit jusqu'à présent (Erb). Dans des conditions d'excitabilité favorable, la réaction se manifeste avec la KaS (fermeture de la Kathode) et avec la KaO (ouverture de la Kathode). A petite distance on obtient l'excitabilité avec l'AnO (ouverture de l'anode) et avec l'AnS (fermeture de la kathode); enfin à une distance ordinaire très grande, on obtient encore l'excitabilité avec le KaO (ouverture de la kathode).

L'ouverture de l'anode détermine en général une excitation supérieure à celle de la fermeture.

Assez rarement (2 fois sur 225 cas) on obtient une excitation supérieure avec la fermeture de l'anode AnS, et l'ouverture de la KaO (kathode).

IV. Quant à la tonalité et à la durée du son, elles peuvent être différenciées par des moyens multiples. Je noterai comme les plus importants :

1° Le degré de l'hyperexcitabilité électrique.

2° Le caractère de l'affection morbide.

3° Certains moyens modificateurs extrinsèques (extérieures,

galvanisation progressive), remèdes internes, manœuvres locales sur l'organisme.

4° Variétés individuelles.

Le son très aigu est perçu à la fermeture de la kathode et à l'ouverture de l'anode.

Le son grave à l'ouverture de la kathode et à la fermeture de l'anode.

Il y a cependant toutes les gradations intermédiaires.

V. La réaction du nerf acoustique doit être assez probablement attribuée au tronc du nerf, à ses ramifications terminales plutôt qu'aux cellules du labyrinthe.

M. Laroche. — J'ai fait des expériences de ce genre, et je crois avoir obtenu la réaction de l'acoustique à l'état normal. M. Gradenigo a-t-il fait passer réellement le courant ou fait l'ouverture et la fermeture pendant une intensité forte?

M. Gradenigo a électrisé 65 malades de la clinique des maladies des yeux, et 3 fois seulement il a pu obtenir quelque chose approchant de la réaction électrique de l'oreille normale, mais encore cette réaction était-elle peu nette.

M. Laroche. — La réaction n'est pas toujours facile à sentir, elle augmente après un certain temps.

M. Gradenigo. — Mais il se produit alors de l'hyperhémie de la caisse qui rend la réaction possible. *(A suivre.)*

COMPTE RENDU
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE
(56e CONGRÈS ANNUEL)

Par le Dr Thomas Barr, de Glasgow.

Traduit de l'anglais par le Dr Charazac.

SECTION D'OTOLOGIE

La section d'otologie de l'Association des médecins de la Grande-Bretagne, réunie à Glasgow les 8, 9 et 10 du mois d'août, comptait un nombre considérable d'otologistes, sous la présidence du Dr Thomas Barr, de Glasgow. Dans son

discours d'ouverture aux membres du Congrès, le président traite la question suivante : *De la chirurgie de l'oreille en Angleterre et son influence sur les progrès de l'otologie et des moyens qui pourront permettre d'augmenter encore cette influence.*

Après avoir rappelé les progrès de l'otologie dans ces dernières années et l'influence heureuse exercée en particulier par les travaux d'Archibald Clelland, sir Astley Cooper, Joseph Toynbee, Yearlsey et Wilde, le président s'occupe des progrès réalisés par les auteurs modernes dans le traitement des affections intra-crâniennes consécutives à une affection de l'oreille. A la suite des brillants travaux entrepris dans cette direction, des maladies qui, jusqu'à ce jour, avaient été considérées comme devant amener justement la mort, ont été traitées avec succès. C'est ainsi qu'on a vu guérir des affections purulentes situées dans la substance cérébrale, ou dans l'intérieur de la cavité crânienne. C'est là un des plus remarquables progrès de la chirurgie. Les faits de ce genre n'ont pas suffisamment attiré l'attention, même des spécialistes, et j'ai vainement cherché dans tous les traités d'otologie, sans trouver mentionnée cette méthode de traitement, sauf dans un cas cependant.

En effet, dans la dernière édition de son *Traité des maladies de l'oreille,* le professeur Roosa dit en propres termes que dans tous les cas où la mort paraît devoir être la conséquence d'un abcès cérébral on doit pratiquer la trépanation pour aller dans l'intérieur du crâne rechercher l'affection purulente; l'auteur, au reste, ne rapporte aucun cas de guérison. Les traités les plus complets de maladies d'oreille, en particulier l'ouvrage du Dr Adam Politzer, sont absolument muets sur le traitement des abcès cérébraux par la trépanation du crâne. Nous pouvons donc revendiquer pour les chirurgiens anglais le mérite d'avoir démontré, dans le courant de ces deux dernières années, qu'un abcès du cerveau, en dehors de toute carie osseuse et de tout gonflement superficiel, par l'étude des symptômes généraux et locaux présentés par le malade, peut être diagnostiqué et traité avec un succès

complet. Un nombre considérable de malades ont été de cette façon préservés d'une mort certaine. Le Dr Macewen, de Glascow, a pratiqué sept fois la trépanation et drainé des abcès du lobe temporo-sphénoïdal sauvant ainsi la vie à cinq malades. Le Dr Barker, de Londres, a rapporté deux cas semblables opérés avec succès. Le Dr Caird, d'Edimbourg, a opéré, lui aussi, une fois avec succès. Victor Norsley a pratiqué cette opération une fois et sauvé la vie à son malade. J'ai vu deux des opérés du Dr Macewen, le premier était opéré depuis huit mois et le second depuis trois.

Dans un des cas traités par le Dr Macewen, l'opération avait donné des résultats très satisfaisants ; la malade, une toute jeune fille, mourut peu après d'une péritonite, et je pus voir sur le cerveau la cicatrice indiquant le point où était situé l'abcès, qui, une fois ouvert, avait parfaitement guéri. Dans cette voie un champ splendide d'exploration est ouvert aux chirurgiens qui s'occupent des maladies de l'oreille. Non seulement on peut rechercher et ouvrir un abcès du lobe temporo-sphénoïdal du cerveau, mais il est encore possible de sauver la vie aux malades en ouvrant la cavité cérébelleuse (cerebellas fossa) et en donnant issue au pus situé au voisinage du sinus latéral. Je crois qu'il est encore possible d'enlever les thrombus de l'intérieur du sinus latéral (leur présence est très souvent un phénomène prémonitoire de la formation du pus en d'autres parties) par la ligature et l'ablation d'une portion du sinus.

La chirurgie générale nous prête ainsi son concours, à nous de venir à notre tour à son aide et d'étudier chaque cas d'écoulement d'oreilles dans lequel une complication peut se produire du côté du cerveau et d'adopter sans délais les mesures opératoires qui, dans des mains compétentes, ont donné de si brillants résultats.

Le Dr Barr insiste ensuite sur la nécessité de former en Angleterre une Société d'otologie. Il serait, en outre, à désirer que dans les écoles de médecine les candidats ne fussent admis à exercer légalement la médecine et la chirurgie, sans avoir donné de preuves de leur compétence à

examiner l'oreille et à traiter les maladies les plus communes et les plus graves de cet organe. Bon nombre de malades atteints d'affection de l'oreille ne peuvent réclamer les soins des médecins auristes; il serait donc très important que la majorité des médecins fussent familiarisés avec l'examen et le traitement des principales affections de l'appareil auditif.

Trois sujets principaux ont été choisis pour être discutés par les membres de la section : 1° les conditions qui réclament l'ouverture de l'apophyse mastoïde; 2° les végétations adénoïdes du pharynx nasal, leur influence sur les affections de l'oreille moyenne, leur traitement; 3° la valeur, au point de vue de l'auteur, des appareils désignés ordinairement sous le nom des tympans artificiels.

Le D[r] Mac-Bride ouvre la discussion sur **les opérations de l'apophyse mastoïde** *(Operations on the mastoïd process)*.

Il discute en premier lieu la valeur de l'incision des parties molles qui recouvrent l'apophyse, avant la formation du pus. Il ne la considère pas comme une opération curative, mais plutôt comme palliative, qui peut faire disparaître la douleur et permet d'explorer la surface de l'os. Le D[r] Mac-Bride insiste sur les mauvais effets des insufflations de poudre sèche lorsqu'il existe une petite perforation de la membrane. Il estime que, dans bien des cas de ce genre, l'inflammation de l'apophyse résulte de la rétention du pus dont les poudres empêchent l'écoulement. Pour ce qui est de l'ouverture de l'apophyse, il considère que la douleur persistante, alors même qu'il n'existe ni gonflement, ni rougeur des parties molles, constitue avec les symptômes d'irritation des méninges la principale indication pour l'ouverture de l'apophyse. Plus les douleurs sont grandes et plus on doit se hâter d'intervenir. Dans un cas, après avoir ouvert, à l'aide des ciseaux, une apophyse ayant presque la dureté de l'ivoire, le D[r] Mac-Bride vit jaillir un flot de sang veineux indiquant que le sinus latéral avait été blessé. Le sang put être arrêté facilement à l'aide de gaze phéniquée. Le malade guérit sans qu'il ait été

nécessaire de drainer la plaie ni d'ouvrir l'antre mastoïdien.

L'opération doit être faite avec la gouge et le marteau aussi près que possible du méat. Il n'est point partisan du trépan ni de la vrille. La principale raison qui lui fait rejeter l'emploi de ces deux instruments, c'est que si l'on blesse le sinus latéral, on peut ne pas s'en apercevoir immédiatement, ce qui peut entraîner des conséquences irréparables. Le pansement doit être aussi simple que possible, et toutes les heures ou toutes les deux heures l'on doit pratiquer des injections avec une solution boriquée tiède, en faisant passer alternativement le liquide par la plaie et par le conduit auditif externe. Le Dr Mac-Bride recommande l'emploi des ferments digestifs, la trypsine et la papayotine pour nettoyer les anfractuosités de la caisse.

Le Dr STEWARD (de Nottingham) dit que d'une manière générale, toutes les fois qu'un écoulement d'oreille amène des troubles généraux et a résisté aux autres méthodes de traitement soigneusement employées, le chirurgien doit ouvrir une communication entre l'antre mastoïdien et le conduit auditif externe. Il préfère le trépan au ciseau et au maillet. Il termine en rapportant quelques observations qui lui sont personnelles.

Le Dr BARR estime que l'ouverture de l'antre mastoïdien pourrait être faite pour guérir certaines suppurations chroniques de la caisse ayant résisté à tous les autres traitements en dépit de lavages soigneusement faits et continués longtemps et d'un traitement antiseptique rigoureux par le conduit auditif et la trompe d'Eustache. On pourrait aussi venir à bout de l'écoulement qui, à un moment donné, peut constituer un sérieux danger pour la vie. Le Dr Barr estime qu'il y aurait un travail à faire dans ce sens pour l'avenir. Mais il faudrait pour cela adopter un procédé opératoire absolument à l'abri de tout danger. Le Dr Barr ne croit pas que l'emploi du maillet et de ciseau mette à l'abri de toute blessure le sinus latéral, si celui-ci est anormalement situé en dehors et en avant. Les coups de maillet sont trop forts, surtout s'il existe des symptômes pouvant faire songer à un abcès cérébral ou à une méningite, tandis que le ciseau et le maillet sont souvent très difficiles à employer au fond d'une plaie profonde. Une fraise de dentiste (dental barr) lui paraît être l'instrument le meilleur, plus facile à manier et moins dangereux que la vrille ordinaire et le trépan.

Le Dr LAURENCE TURNBULL (Philadelphie) estime que dans les affections mastoïdiennes on ne doit pas négliger le traitement général, la diète, le repos, l'emploi de l'antipyrine, de l'aconit du fer et de l'iode et, par-dessus tout, pour soulager la douleur, la morphine et l'atropine. Dans les cas anciens les végétations polypoïdes doivent être soigneusement enlevées, la portion osseuse sous-jacente est très souvent malade. A ce sujet, il rapporte plusieurs cas dans lesquels il a enlevé des séquestres de l'apophyse mastoïde et du labyrinthe, qui étaient recouverts par des polypes. Il rapporte en outre un cas de folie passagère consécutive à une affection mastoïdienne. L'os fut en partie enlevé, il avait presque la dureté de l'ivoire et il fut impossible de pénétrer dans l'antre ; cependant cette opération et le traitement général amenèrent la guérison du malade.

Le Dr LEWIS (Birmingham) dit que les abcès cérébraux consécutifs à une suppuration de l'oreille moyenne sont plus fréquents qu'on ne le croit généralement. Il a observé cinq cas de mort en l'espace de cinq ans. Dans deux cas l'autopsie fut faite et l'on trouva un amas considérable de pus dans la fosse temporo-sphénoïdale chez l'une des victimes et chez l'autre un phlébite du sinus latéral.

Le Dr WALTON BROWN (Belfast) rapporte deux cas de carie de l'apophyse mastoïde et préconise le drainage par l'aspiration (succion) et par le passage d'un drain de l'apophyse dans le conduit auditif externe. Il rapporte deux cas d'abcès cérébraux traités avec succès par la trépanation. Le Dr Brown n'est pas partisan du drain dans les cas d'abcès du cerveau. Des phénomènes graves peuvent être la conséquence du drainage et des injections. Il préconise la trépanation simple, l'ouverture de l'abcès qui doit se vider naturellement sans autre intervention.

Le Dr FARGUHAR MATHESON parle de la fréquence des inflammations mastoïdiennes, il pense qu'on pourrait les diviser en deux classes : périostite de l'apophyse et ostéite de l'os tout entier. La première, la plus importante, survient surtout chez les enfants et les adolescents. Elle cède facilement au traitement. Au début les sangsues et les applications chaudes sont indiquées.

Si ce traitement ne réussit pas, on doit pratiquer l'incision des parties molles. Dans l'ostéite qui survient le plus souvent chez les adultes et les vieillards, l'ouverture de l'apophyse mastoïde est indiquée.

Le Dr JAMES BLACKE se réjouit de voir que le Dr Mac-Bride a attiré l'attention sur deux points :

1° Sur le danger de rétention du pus que fait courir le traitement par l'insufflation de poudres sèches, d'acide borique en particulier ; le malade doit être rigoureusement surveillé quand on a adopté ce mode de traitement.

2° L'importance de la douleur et de la paralysie faciale coïncident avec la reproduction des végétations après leur ablation, comme signes indiquant la nécessité d'ouvrir l'apophyse mastoïde. Le Dr Blacke présente un crâne dans lequel il eût été impossible de pratiquer la trépanation d'après la méthode ordinaire sans blesser le sinus latéral. Il se sert de préférence d'un perforateur ou d'une vrille (drill); on évite ainsi le bruit qui accompagne nécessairement l'emploi de la gouge et du maillet; c'est d'ailleurs le seul instrument qui permette d'éviter avec certitude la blessure du sinus latéral.

Le Dr Charles Warder dit que pour ce qui concerne l'emploi des poudres sèches, acide borique, etc., elles déterminent l'obstruction parce qu'il est impossible de voir assez souvent le malade, et alors la poudre ne remplit plus le rôle d'absorbant, mais forme un tampon, ce qui est très dangereux. Il se sert de préférence de solution d'acide borique, de zinc, d'acide phénique, etc.

Le Dr Mac-Bride défend de nouveau l'emploi des ciseaux, les objections faites sont purement théoriques. Il n'admet pas les idées exposées par le président au sujet de l'ouverture de l'apophyse mastoïde dans les cas de perforation de la portion flaccide du tympan.

(A suivre.)

BIBLIOGRAPHIE

Clinique otiatrique, par le Dr Don Pedro Verdos.

M. Verdos s'est proposé de grouper les principaux agents thérapeutiques employés dans les affections de l'oreille, et de rechercher leur valeur relative. Nous nous contenterons, sans entrer dans les détails de ce travail, d'exposer les conclusions qui découlent de cette étude clinique.

La première partie comprend la médication auriculaire antiseptique du conduit externe et renferme le traitement par les gents amédicamenteux le plus justement en vogue : l'acide borique, l'iodoforme, le sublimé, l'acide phénique, l'aseptol et le sulfo-phénate de zinc.

L'auteur a obtenu les plus brillants résultats par l'emploi de *l'acide borique* ou du *borate de soude* en poudre (méthode de Bezold) dans les otorrhées abondantes et de longue durée sans lésions profondes bien appréciables. Mais, s'il existe des troubles plus marqués des téguments, s'il existe de la périostite, de l'ostéite, des végétations, des perforations du tympan, on obtient de meilleurs effets en faisant alterner la médication boriquée avec les attouchements caustiques (acide nitrique). On se servira dans ce cas de solutions boriquées de plus en plus concentrées.

L'*iodoforme* employé en poudre toujours par le procédé de Bezold partage avec l'acide borique les préférences de l'auteur. Ce médicament présente ses indications et ses contre-indications. On ne doit pas s'en servir lorsqu'il existe des symptômes d'hyperhémie, et cependant dans quelques cas de ce genre, après insuccès par les autres agents médicamenteux, M. Verdos a obtenu des guérisons en employant l'iodoforme. Mais où ses effets sont sûrs et rapides, c'est dans les otites scrofuleuses à marche chronique et même à caractères aigus. Cet agent est d'une grande efficacité dans les cas d'ulcérations de la face externe du tympan et du conduit auditif externe.

Le *sublimé corrosif* est un agent précieux, mais encore faut-il s'en servir avec discernement. Pour éviter les accidents hyperhémiques et autres, afin de rendre son emploi utile, on doit s'en tenir aux trois solutions de Ménière (5 centigr., — 15 centigr., — 20 centigr. pour 10 gr. de glycérine anglaise). Ce médicament est absolument contre-indiqué dans la période aiguë, mais il rend les plus grands services dans les cas de suppuration chronique rebelles à tout traitement et qui succèdent à des phlegmasies plus ou moins aiguës. La médication doit être continuée même après guérison complète. Le sublimé donne encore de bons résultats dans les otomicoses, il est bon alors d'augmenter un peu les doses.

L'acide phénique a une moindre action que l'acide borique dans le traitement des suppurations de l'appareil auditif.

D'un autre côté il faudrait, pour qu'il rendît de réels services comme antiseptique, l'employer à des doses dangereuses pour les tissus avec lesquels il se trouverait en contact. Cependant l'acide phénique peut être employé en lavages (3 p. 100) ou en instillations (1 à 2 p. 100). Il diminue l'écoulement et l'inflammation dans certaines suppurations sans caractères bien spéciaux.

L'*aseptol* s'emploie en solution aqueuse (1 à 2 p. 100 d'abord, puis 3 à 4 p. 100). On aura soin, avant d'en faire usage, de bien laver le conduit auditif avec de l'eau tiède pure ou légèrement salée. Son emploi est cependant bien limité, et il ne peut servir que comme auxiliaire à l'otologiste.

Le *sulfo-phénate de zinc* s'emploie en solution aqueuse à la dose de 1 à 2 p. 100. Il est généralement bien toléré et on peut le donner en bains d'oreille répétés d'heure en heure. Il n'a paru produire de bons effets que dans les cas de furonculose auriculaire.

La deuxième partie de ce travail comprend le traitement antiseptique des affections de l'oreille moyenne.

Chaque fois qu'il existera une perforation du tympan on aura recours aux agents employés dans les maladies du conduit externe. On lui fera parvenir dans la caisse à travers la perforation. Mais si cette voie se trouve fermée, on sera obligé de faire passer les agents thérapeutiques, soit sous forme liquide, soit sous forme de vapeurs, par la trompe d'Eustache.

L'*éthérisation* de la caisse a paru produire les meilleurs effets. Dans les cas de suppuration chronique de l'oreille moyenne et même quand il existait des symptômes d'acuité, les résultats ont été excellents.

L'aération de la caisse, les insufflations de vapeurs d'iode, de benzoate de soude, d'essence de térébenthine, de teinture de benjoin produisent de bons effets, mais il n'est pas possible de régler leur emploi. Quant aux liquides introduits dans la caisse dans un but thérapeutique, ils ont toujours été plus nuisibles qu'utiles.

D[r] Lacoarret.

Pratique des maladies de la gorge et du nez *(Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals-und Nasenkrankheiten)*, par le Dr O. Chiari, de Vienne (1).

Cet ouvrage est un résumé statistique des observations cliniques que l'auteur a faites à la consultation externe de l'hôpital de Vienne. A propos des cas observés, l'auteur expose ses idées et les résultats qu'il a obtenus sur la plupart des questions à l'ordre du jour.

J'y ai retrouvé avec plaisir l'enseignement si clair, si attachant et si pratique que l'auteur donnait alors que j'avais l'avantage d'être du nombre de ses élèves, et je ne saurais trop recommander la lecture de ce livre aux praticiens.

L'auteur prend soin d'avertir dans sa préface des difficultés que rencontre l'étude pratique des maladies lorsqu'elle prend pour sujets les malades d'une consultation. Dans ces circonstances, les cas les plus intéressants échappent souvent à une observation prolongée, un bon nombre de malades atteints d'affections graves ne peuvent continuer à venir demander les soins et doivent entrer à l'hôpital. Ces difficultés, tous les spécialistes les connaissent; elles ne donneront à leurs yeux que plus de mérite à cette œuvre de jugement sûr et de saine pratique. Dr Wagnier.

Les maladies de la bouche, de la gorge et du nez (*Die Krankheinten der Mundhöle, des tracheus und der Nase*), par le Dr Ph. Schech (2).

Les nombreux travaux qui ont paru et avant tout les recherches personnelles de l'auteur sur les maladies de la bouche, de la gorge et du nez ont rendu nécessaire un agrandissement de l'ouvrage.

Parmi les maladies de la bouche un chapitre tout entier est consacré à la leucoplasie buccale; un autre plus restreint est occupé par les affections des glandes salivaires.

(1) A Vienne, librairie Toeplitz et Deuticke.

(2) Seconde édition augmentée avec 14 figures dans le texte. Leipzig et Vienne. Tœplitz et Deutike, 1888.

Un chapitre entièrement ajouté est consacré à la question, si intéressante pour la médecine générale, des réflexes du nez.

Tandis que Hack, qui le premier a attiré l'attention sur les réflexes nasaux, regarde comme cause de ces phénomènes le gonflement du tissu caverneux des cornets moyen et inférieur, l'auteur, au contraire, admet que tout point de la muqueuse nasale, en dehors de la participation du tissu caverneux, peut devenir le point de départ des réflexes; l'hypertrophie de la muqueuse, des productions simples ou polypoïdes des cornets, les déviations ou les tumeurs de la cloison, les néoplasmes, particulièrement les polypes muqueux, le catarrhe chronique naso-pharyngien, les végétations adénoïdes, en un mot toutes les maladies qui amènent les deux parties de la muqueuse en contact l'une de l'autre, peuvent, chez des individus prédisposés, devenir le point de départ de réflexes, tels que éternuement, rougeur érythémateuse du nez, asthme bronchique, névralgies, crises épileptiformes, etc.

Comme dernier addendum de cette nouvelle édition se trouve un chapitre consacré aux maladies des sinus, peu étudiées jusqu'ici. V. R.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ ET PHARYNX NASAL

Rhinite hypertrophique. Ses rapports avec l'enfance (*Hypertrophic rhinitis. Its relations to Childhood*), par le Dr CLELAND.

Dans ce travail le Dr Cleland étudie le coryza hypertrophique chez l'enfant. L'obstruction des fosses nasales qui en résulte est une cause fréquente de maladie du poumon. Le sens de l'odorat est également altéré et la voix devient nasonnée et l'articulation défectueuse. Il est donc utile de traiter cet état pathologique chez l'enfant. (*The american Lancet*, fév. 1888.) Dr J. CH.

Hypertrophie de la muqueuse du pharynx nasal. (Société des Sciences médicales de Lille, séance du 21 décembre 1887.)

MM. *Duret* et *Lavrand.* — La malade dont il s'agit, âgée de vingt et un ans, ne présentait pas de signes de syphilis ni de scrofule. Lors de l'un de ses séjours à l'hôpital, où elle était entrée pour des troubles hystériques, on avait remarqué une certaine gêne de la respiration. Il existait une hypertrophie notable des amygdales ; on lui fit l'excision de l'amygdale gauche. Entrée dernièrement dans le service de M. Duret, on constatait que cette jeune fille respirait difficilement par le nez. Les amygdales étaient peu volumineuses. Mais, si on explorait, à l'aide du doigt, le fond du pharynx, on sentait sur les parois supérieures et latérales du pharynx nasal un épaississement, une induration avec des sillons profonds et des inégalités mamelonnées de la muqueuse.

Il fallait éliminer l'idée de fibrome naso-pharyngien et de végétations adénoïdes, qui ont pour caractère une mollesse particulière et occupent généralement le siège de l'amygdale de Luschka.

La malade demandant à être soulagée, M. Duret sectionna sur la ligne médiane le voile du palais, au termo-cautère, et cautérisa la surface atteinte. Un mois après la jeune fille respirait bien, et on reconstituait le voile du palais.

Les auteurs de la communication ont fait des recherches infructueuses dans les traités spéciaux ; ils croient que cette affection n'est pas décrite d'une manière complète.

Dans la discussion qui suit, M. *Desplats* a eu, il y a plusieurs années, la malade dans son service, il lui semble qu'à cette époque elle avait des végétations adénoïdes typiques. Peut-être s'agit-il ici d'une transformation fibreuse de ces végétations avec le progrès de l'âge.

Nous sommes pour notre part absolument de l'avis de M. Desplats en ce qui concerne la nature de la lésion. On rencontre, en effet, et ce n'est même pas une rareté, des végétations adénoïdes atrophiées, dures, qui ont subi un commencement de transformation fibreuse. Si les auteurs de

la communication ont cru voir là une affection distincte, on comprend sans peine l'insuccès de leurs recherches. Quant à l'incision préalable du voile du palais et à la staphylorrhaphie ultérieure, pratiquée par M. Duret, ces opérations nous paraissent dans ce cas relativement trop sérieuses et un peu surprenantes, étant donnés les moyens thérapeutiques plus inoffensifs dont peut disposer le praticien. (*Journ. des Scienc. méd. de Lille* du 3 fév. 1888.) L. LACOARRET.

Corps étranger du nez, par le Dr LAPTHORN-SMITH.

L'auteur a présenté à la Médico-Chirurgical Soc. of Montréal un cas de corps étranger de la narine. L'enfant, âgée de quatorze ans, était affectée d'ozène (mauvaise odeur) depuis l'âge de trois ans. Elle avait été traitée pour le catarrhe par plusieurs. Le Dr Smith, en examinant la fosse nasale, vit un corps dur, grisâtre et brillant. Il se servit d'une pince pour l'extraire. C'était un bouton de soulier, qui était recouvert de phosphate. Le corps a dû séjourner pendant dix à douze ans dans la narine. La guérison a été prompte. (*The Montréal med. Journ.*, juillet 1888.) Dr ROLLAND (de Montréal.)

Tubage nasal (*Nasal intubation*), par le Dr H. GOODWILLIE

Le Dr Goodwillie préconise l'emploi de tubes en caoutchouc durci ou en métal dans le traitement de certaines affections du nez. Ces tubes, de forme ovalaire et de calibre différent, suivant les cas, peuvent être laissés longtemps dans la fosse nasale; ils ont le même diamètre dans toute leur longueur, sauf à l'extrémité antérieure qui a la forme de l'ouverture de la narine à laquelle elle s'adapte. L'auteur s'est servi avec avantage de ces tubes dans différents cas. Il les recommande :

1° Dans les cas d'épistaxis;

2° Dans les fractures du nez internes et externes;

3° Dans les déviations de la cloison osseuse et cartilagineuse après l'opération chirurgicale nécessaire pour les redresser et pour enlever les exostoses;

4° Après l'ablation de l'hypertrophie des cornets ou après l'extirpation des polypes;

5° L'hypertrophie des parties molles peut se résorber si les tubes sont portés assez longtemps par le malade. (*N.-Y. med. Journ.*, 4 février 1888.) Dr J. Ch.

LARYNX ET TRACHÉE

Nouvelles recherches sur les centres moteurs du larynx
(*Neueste Untersuchungen über die motorischen Centren des Larynx*).

M. C. Masini annonce que, d'après les recherches de Duret et de Soltmann et, plus particulièrement, d'après les études expérimentales de Krause, l'on ne doit plus admettre que le centre moteur du larynx se trouve dans le bulbe. Aujourd'hui on sait avec certitude que ces centres se trouvent dans l'écorce centrale de la partie antérieure des hémisphères; seulement l'on n'est pas encore fixé sur leur place exacte et sur leur étendue. Pour éclaircir ce point de controverse, Masini a fait des recherches sur le chien et est arrivé aux résultats suivants :

1° Chez le chien, à la partie antérieure des hémisphères, sous l'écorce centrale, se trouve une place qui préside aux mouvements du larynx. Cette place occupe presque toute la zone motrice, mais son foyer de plus grande intensité siège vers la base, dans la région précruciale.

2° Cette place n'est encore ni isolée, ni distincte; elle se confond avec les autres centres moteurs, particulièrement avec ceux du pharynx, du voile du palais, de la langue.

3° Les lésions unilatérales de cette région produisent des symptômes paralytiques dans les muscles du larynx, du côté opposé à la lésion, sans troubles de la sensibilité.

4° Les lésions bilatérales produisent une parésie sensitivo-motrice plus nette, sans atteindre toutefois le degré d'une paralysie absolue. (Académie de médecine de Turin, séance du 2 mars 1888. *Deuts. med. Ztg*, n° 38, 1888.)

V. Raulin.

Corps étranger de la trachée, par M. Paté.

Un homme entre dans le service de M. Luton, se plaignant d'une très grande gêne de la respiration; l'auscultation ne

révèle que du sifflement aux deux temps et une diminution du murmure vésiculaire. On le traite comme emphysémateux. Le troisième jour, il succombe étouffé. A l'autopsie on trouve un silex irrégulièrement cubique (du poids de 9 gr. 50) arrêté à la bifurcation des bronches qui, à ce niveau, présentaient une légère ecchymose; on a su depuis que cet homme avait l'habitude de garder un caillou dans sa bouche pour se déshabituer de chiquer. *(Un. méd. et scient. du Nord-Est*, nº 5, 15 mai 1888.) E. P.

Expulsion spontanée de polypes du larynx *(Spontaneous detachment of laryngeal polypus).*

A la Société de médecine de Berlin, le professeur Frænkel lut une communication du Dr Von Swiderky sur un cas d'expulsion de polype dans un accès de toux.

Il s'agit d'un officier de cavalerie atteint depuis 1862 de polype du larynx. Plus tard la dyspnée devint très marquée, et la trachéotomie fut proposée mais non acceptée par le malade qui, en mai 1870, dans un violent accès de toux, expulsa spontanément son polype.

Le Dr Graham Bell a observé un cas analogue, et nous même, à la session de Toulouse du Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, avons rapporté un exemple absolument semblable. L'observation a d'ailleurs été publiée dans la *Revue médicale*, de Toulouse. (*The Brit. med. Journ.*, 21 janvier et 4 février 1888.) Dr J. Charazac.

Sangsue dans la partie sous-glottique du larynx. Thyroïdectomie. Guérison, par M. A. Godet.

Aux neuf cas de pénétration de sangsues dans la région laryngienne signalés jusqu'ici par la littérature médicale, M. A. Godet en ajoute un nouveau qu'il a observé à l'hôpital d'Aïn-Sefra, chez un soldat de vingt-quatre ans. La sangsue logée dans la portion sous-glottique, immédiatement au-dessous des cordes vocales, ne put être extraite qu'à la suite d'une thyroïdotomie. Un point remarquable de cette observation était l'absence complète de dyspnée et d'accès de suffoca-

tion. L'auteur l'explique par la pénétration probable de la sangsue dans le larynx pendant le sommeil du malade (alors qu'elle se trouvait auparavant fixée dans le pharynx) et par la sensibilité obtuse de la portion sous-glottique. L'auteur donne quelques indications sur l'opération qu'il a pratiquée et fait ressortir la nécessité qu'il y a, dans la thyroïdotomie, à conserver aux cordes vocales toute leur intégrité. (*Arch. de méd. et de pharm. milit.*, décembre 1887.) E. P.

Un cas de sténose laryngée consécutive à la compression par un goître (*A case of laryngeal stenosis due to compression by goitre*), par George Beverley.

La malade, âgée de soixante ans, présentait un goître volumineux, elle fut prise d'accès de suffocation dus à la compression des récurrents. L'extirpation du corps thyroïde hypertrophié fit disparaître les accidents. (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janvier 1888.) Dr J. Ch.

Paralysie des cordes vocales et Ictère (*Stimmbandlähmung und Icterus*), par le prof. Gerhardt, de Berlin.

L'auteur rapporte deux observations dans lesquelles les deux symptômes se trouvaient associés et qu'il a recueillies sur deux hommes de son service. Comme ces deux malades présentaient, outre ces deux symptômes, d'autres phénomènes morbides, chez l'un une grande gêne respiratoire, chez l'autre des manifestations du côté du cœcum, l'auteur se demande si l'association de l'ictère et de la paralysie n'était pas une pure coïncidence. Cependant il incline vers la négative et croit qu'il s'agit peut-être ici d'une maladie infectieuse particulière qui se caractériserait par l'apparition simultanée de l'aphonie et de l'ictère. (*Deutsch. médic. Wochensch.*, 1887, n° 6.)

Dr Wagnier.

De la technique de la trachéotomie (*Zur Technik der Tracheotomie*), par le Dr Schmidtmann, de Willemshaven.

Après avoir relevé les principaux inconvénients des canules métalliques, même les plus perfectionnées, l'auteur indique les raisons qui lui font préférer le simple tube en caoutchouc

d'un calibre approprié à celui de la trachée. Il trouve à cette modification les avantages suivants : adaptation exacte du tube aux conditions anatomiques de chaque cas particulier, occlusion de la trachée dans la direction du larynx, calibre plus considérable de la canule, irritation moindre des parties molles, diminution dans la formation des croûtes, changements du tube moins fréquemment nécessaires. (*Deutsche medic. Wochenschr.*, 1887, n° 40.)

Dr Wagnier.

OREILLES

Sur l'emploi thérapeutique de la créoline dans l'otiatrie *(Ueber die therapeutische Verwendung des Créolins in der otiatric)*, par le Dr A. Eitelberg, de Vienne.

Dans le numéro 46 de l'année 1887, du *Berliner Klinische Wochenschrifft,* Kortüm avait présenté la créoline comme un agent désinfectant susceptible d'arrêter les sécrétions et de faire disparaître les granulations, enfin comme un hémostatique de premier ordre.

Les données de Kortüm sont confirmées par les résultats obtenus par Unbantschitsch en otiatrie et par les recherches de l'auteur.

La créoline se retire de la houille anglaise par la distillation à sec ; c'est un liquide huileux, sentant le goudron et d'une coloration brun-foncé, c'est un désinfectant qui doit être mis avant tous les autres antiseptiques, car il n'est nullement toxique, ce que l'on ne peut pas dire de l'acide phénique et du sublimé.

Aussi la créoline peut être employée sans aucun danger dans l'otite suppurée des enfants; quelques gouttes de la solution de créoline viendraient-elles à passer dans le pharynx par la trompe d'Eustache et à être avalées, il n'en résulterait aucun dommage pour l'enfant.

Pour injections dans les cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne, la créoline s'emploie à la dose de 10 gouttes dans un 1/2 litre d'eau tiède ; une solution plus forte pourrait donner une sensation passagère de brûlure.

Après l'injection détersive on peut instiller quelques gouttes de la solution dans l'oreille et la laisser environ 10 minutes après avoir fermé le conduit auditif avec de l'ouate antiseptique.

La créoline peut aussi s'employer sous forme de poudre, ou en mixture avec l'onguent émollient ou avec la vaseline; la lanoline convient moins bien.

La créoline ne semble pas donner d'excellent résultat dans les otites externes ; par contre on se trouve bien de son emploi dans l'eczéma de l'oreille et de l'entrée du nez.

L'avenir apprendra quel rang la créoline doit tenir parmi les agents employés dans les suppurations chroniques de l'oreille moyenne. (*Wien. med. Presse*, n° 13, 1888.)

V. R.

Surdité passagère produite par l'aotion de la lumière électrique sur la rétine, par M. D'Arsonval (Société de Biologie, séance de 19 mai, 1888).

Récemment, dit l'orateur, ayant regardé pendant quelques instants un arc voltaïque incandescent, je devins sourd pendant une heure ou une heure et demie. Frappé de ce phénomène, je renouvelai l'expérience, et les mêmes symptômes se reproduisirent. Je n'ai pas encore pu m'assurer, à cause de la fatigue qu'entraînent nécessairement ces expériences, si, en regardant un arc voltaïque d'un seul œil le même phénomène se reproduisait et s'il était bilatéral ou unilatéral. (*Tribune médicale*, n° 1032, 27 mai 1888.) E. P.

Emploi d'une ventouse scarifiée à la place d'une sangsue dans certaines affections aiguës de l'oreille *(On the use Wet-cup in place of the Leech in certain acuts diseases of the ear)*, par le Dr Gorham-Bacon.

Dans les maladies aiguës du conduit auditif, de la caisse et de l'apophyse mastoïde, les applications de sangsues sont des plus utiles; dans les cas de ce genre, le Dr Gorham-Bacon remplace la sangsuo par l'application d'une ventouse scarifiée.

Les raisons suivantes l'ont amené à user de ce procédé :

1re Certains malades, en particulier les enfants, répugnent beaucoup à l'application d'une sangsue sur l'oreille ;

2me Le sang est quelquefois difficile à arrêter et, dans un cas observé par l'auteur, on dut se servir du thermo-cautère pour arrêter l'hémorragie;

3me L'application des sangsues donne lieu parfois à une inflammation érysipélateuse et à des ulcérations ; il n'est pas rare de voir se produire aussi des abcès circonscrits, même chez des personnes très saines en apparence.

Au cours de cet article l'auteur figure et décrit un scarificateur et une ventouse spéciale pour l'oreille. (*N.-Y. med. Journ.*, 7 janvier 1888.) Dr J. CHARAZAC.

Corps étranger ayant séjourné dix-huit ans dans l'oreille,
par le Dr A. SWANN.

Le titre indique suffisamment le sujet, le malade âgé de vingt-sept ans, sourd de l'oreille gauche, portait dans son oreille depuis dix-huit ans un morceau de crayon qui s'était entouré de cérumen et avait ainsi amené la surdité. L'auteur cite ce cas intéressant, dit-il, parce qu'il montre la tolérance de l'oreille à l'égard des corps étrangers. Les observations de ce genre sont loin d'être rares. (*The Lancet,* 7 juillet 1888.)

Dr J. CH.

Malformation d'une oreille.

M. D. Mollière présente un jeune homme arrivé à l'hôpital avec un oreille mal formée, simulant une oreille de cochon. La considérant comme le résultat d'une cicatrice congénitale, il s'appuie sur le principe suivant qu'il a posé le premier : il faut attaquer les insertions des cicatrices vicieuses pour en avoir raison. Dans ce cas l'oreille était insérée trop bas. Or, après avoir détaché le lobule et relevé l'oreille avec deux points de suture, il a reséqué par derrière l'exubérance du cartilage, ce qui a donné un résultat fort convenable. (*Société des Sciences médicales de Lyon,* séances de février 1888.)

Le diagnostic des maladies de l'oreille sans instrument *(The diagnosis of ear disease without instrument).*

L'auteur passe en revue les symptômes principaux qui peuvent permettre au praticien d'arriver d'une façon approximative à un diagnostic de maladie d'oreille sans l'aide d'instruments, tout en convenant qu'ils sont nécessaires pour établir un diagnostic précis. (*The med. Record*, 31 mars 1888.)

Dr J. Ch.

Cas rares d'affections de l'oreille *(Un commun aural cases)*, par le Dr Frank Dudley.

Le Dr Dudley publie trois observations.

Dans la première, il s'agit d'une fève volumineuse ayant séjourné dix ans dans le conduit auditif, sans causer aucun accident. Les observations de ce genre ne sont pas très rares.

Les deux autres malades étaient tous les deux atteints de myringomicoses avec otite moyenne catarrhale.

L'examen microscopique permit de constater dans le premier cas l'aspergillus florescens, et dans le second l'aspergillus nigricans avec leur mycélium, leurs sporanges et leurs conidies. (*N.-Y. med. Journ.*, 28 janvier 1888.) Dr J. Ch.

VARIA

Corps étrangers de l'œsophage, par le Dr Verneuil, et le Dr Suarez de Mendoza.

L'auteur rappelle que dans une récente communication (voir *Gaz. des hôp.*, 1888, p. 717), M. Kirmisson, en parlant des avantages d'un instrument particulier, l'avait qualifié d'appareil Verneuil. La paternité en est partagée par M. Colin. Voici en quoi consiste cet appareil : on introduit dans l'œsophage une sonde de baleine; on applique à l'extrémité de cette sonde une sonde molle. On sait ainsi où l'on est et ce que l'on fait, et il est impossible de faire une fausse route. Une fois le rétrécissement franchi on prend une olive creuse qu'on visse sur un conducteur métallique, et on fait filer cette olive sur le conducteur Colin-Verneuil. On pénètre ainsi dans l'estomac et on dilate le rétrécissement.

Outre ces avantages, on peut encore, avec cet instrument, alimenter le malade. On fait filer sur le conducteur une sonde

creuse et on alimente le malade avec la plus grande facilité. Cela fait, la sonde est aisément fixée dans les fosses nasales et pendant des mois entiers si c'est nécessaire.

M. Verneuil présente ensuite une observation due au docteur Suarez de Mendoza (d'Angers), dans laquelle ce médecin fit une application très heureuse de l'appareil Colin-Verneuil. Le 9 février dernier, M. Suarez fut appelé auprès d'une dame qui avait avalé un os de bœuf. Il reconnut d'abord la présence du corps étranger situé à 11 centimètres de l'orifice supérieur de l'œsophage; il essaya de passer une sonde et de repousser le corps, mais en vain. Il eut alors l'idée d'employer la sonde Colin-Verneuil; il passa successivement les sondes numéros 1 et 2, espérant ébranler le corps étranger. Ne pouvant y réussir, il passa la sonde, séance tenante, et put du moins alimenter la malade.

Le lendemain il recommença avec le panier de Graefe. Celui-ci se trouvant arrêté, il creusa une petite gouttière sur ce panier et le fit filer sur le conducteur. Il essaya ensuite, mais sans succès, d'extraire le corps étranger. Il laissa alors le panier de Graefe dans cette situation, passa une olive au-dessus du corps, tira légèrement à lui et ramena ainsi les trois objets réunis.

C'est là une combinaison heureuse du panier de Graefe et de la sonde Colin-Verneuil; c'est le premier exemple dans la science et M. Verneuil demande l'insertion de cette observation dans le bulletin. (*Gaz. des hôp.*, 6 sept. 1888.)

Instruments (*Instrumente*), par le Dr Krause.

En premier lieu, l'auteur a fait construire un *crochet palatin fixe* qui, à l'aide d'un coude venant en avant se réfléchir sur les incisives, peut être appliqué sur la lèvre supérieure où il est maintenu par l'intermédiaire d'une pelote que vient comprimer une vis de pression. Grâce à cet instrument, on peut éviter les mouvements incessants du voile du palais et supprimer en même temps les excitations réflexes déterminées par la main de l'opérateur. Il a de plus l'avantage de permettre de se passer d'un aide, de l'abaisse-langue, et de pouvoir

être, après cocaïnisation, maintenu en place pendant au moins vingt minutes. Il sera bon d'avoir deux modèles d'instruments, un pour les adultes, un autre pour les enfants ;

2° Un trocart très aminci et recourbé à sa partie antérieure pour ouvrir l'antre d'Highmore;

3° Un trocart à double courant pour le même usage ;

4° Et enfin une scie nasale avec des types d'épaisseur différente (1). (*Separatabd. aus der Monatssch. f. Ohrenh., etc.*, n° 3, 1887.) M. N.

Traitement de la Coqueluche par les insufflations nasales *(Whoopning-Cough treate dby nasal insufflations)*. par le Dr G. Holloway.

Dans ce travail, l'auteur donne le résultat du traitement de 24 cas de coqueluche par des insufflations nasales. Il s'est basé sur l'opinion de Guerder, qui considère la coqueluche comme étant le résultat d'une névrose nasale réflexe (de nature parasitique) déterminée par la congestion de la membrane pituitaire et du catarrhe nasal. Dans les insufflations, l'auteur a fait usage d'acide borique très finement pulvérisé. Les insufflations ont été faites par les malades toutes les trois heures pendant le jour, et une fois pendant la nuit. Au bout d'une dizaine de jours, les enfants étaient à peu près guéris. (*Th. Brit. Med. Journ.*, 15 octobre 1887.) Dr J. Ch.

Les nouveaux traitements de la Coqueluche, par le Dr Paul Cheron

L'auteur examine les nouveaux remèdes préconisés contre la coqueluche ; il les divise en :

1° Antiparasitaires : acide phénique, acide salycilique ; en inhalations, sels de quinine, acide sulfureux;

2° Agissant sur la muqueuse nasale : benjoin, tannin, quinine, bismuth, acide borique ;

3° Modificateurs des muqueuses : Oxymel scillitique, grindolia robusta, chanvre indien, carbonate de potasse, bain d'air comprimé ;

4° Anesthésiques : cocaïne, belladone, drosera ; inhalations d'éther.

(1) On trouvera tous ces instruments chez M. Pfau, fabricant d'instruments, Berlin, N. W., Dorotheenstrasse, n° 67.

Aucune de ces médications nouvelles n'a fait ses preuves; le Dr Chéron est d'avis d'en rester au traitement classique. (*Union médicale*, 18 et 20 octobre 1887.) J. Joal.

Pyémie consécutive à la carie dentaire et suivie de mort. Remarques sur la prophylaxie de ces accidents (*Pyamic in Folge von Zahncaries mit letalem ausgang, nebst Bemerkungen über deren Prophylaxe)*, par H.-L. Coopman, médecin à Amsterdam.

Il s'agit d'un enfant de huit ans qui est mort de pyémie consécutive à la carie d'une molaire. Cette dent, qui ne put être enlevée que tard à cause de la résistance des parents, avait occasionné une périostite purulente, qui fut le point de départ de l'infection de tout l'organisme.

L'auteur fait suivre cette observation de quelques considérations sur la thérapeutique et la prophylaxie des accidents.

Le plus souvent l'extraction hâtive de la dent cariée fait rétrograder les symptômes alarmants; avec Witzel il recommande contre la périostite purulente l'antiseptie dans l'intervention chirurgicale et dans le pansement de la plaie opératoire; aussitôt l'écoulement du pus achevé, il faut faire pratiquer des lotions antiseptiques et poser un tampon de ouate au sublimé, tout en ayant soin de laisser un chemin pour l'écoulement du pus. (*Berl. Klin. Woch.*, n° 23, 1888.) V. R.

Sur le myxoedème *(Ueber myxoedem)*, par le Dr Fr. Mosler.

Le Dr Fr. Mosler a observé à sa clinique un cas de myxoedème, dont l'étude clinique vient confirmer les données anatomo-pathologiques de Virchow. Cet auteur, se basant sur les modifications observées dans le tissu cellulaire souscutané, admet qu'il s'agit d'un processus irritatif de la peau très voisin du processus inflammatoire.

La malade observée par Mosler a présenté à un moment donné des douleurs spontanées et une sensibilité très grande à différents points de la peau qui était gonflée, élastique, ressemblant beaucoup à de la porcelaine. (*Vortrag in der Versammlung der Aerzte der Regierungs bezirkes Stralsund zu Greifswult*, au 29 avril 1888. *Deuts. med. Woch.*, n° 21, 1888.) V. R.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

SUR LES OTOPATHIES CONSÉCUTIVES AUX TRAUMATISMES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

par le Dr SUNÉ Y MOLIST (1).

Les fractures et les autres lésions du crâne qui peuvent intéresser l'oreille appartiennent à la chirurgie générale, pourvu que toute la gravité de l'affection repose sur les symptômes cérébraux qu'offre le malade; les otorrhagies, les exsudats intra-labyrinthiques, ou les apoplexies du limaçon, ne sont alors que des effets secondaires qui n'intéressent pas la vie du malade comme les autres.

En ce qui concerne les traumatismes du maxillaire inférieur, la lésion indirecte de l'oreille est si intéressante par ses effets consécutifs sur l'audition, que son étude s'impose au spécialiste, et ne serait pas bon chirurgien celui qui, s'occupant seulement de guérir le mal de l'os maxillaire, négligerait la lésion de l'ouïe donnant lieu au développement d'une surdité ou bien à une suppuration interminable et, peut-être, dans quelques jours, dangereuse.

Une analyse clinique et anatomo-pathologique de ce qui arrive dans ces cas permet de classer les otopathies secondaires en cinq espèces :

1° Trombus ou hématome du conduit dans sa portion osseuse;

2° Blessure par déchirure de le peau qui couvre le conduit osseux;

3° Fracture de la cloison osseuse antérieure du conduit;

4° Rupture du tympan avec hémorragie de la caisse;

5° Commotion apoplectique de l'oreille interne.

J'ai eu l'occasion d'étudier dans ma clinique des exemples de chacun de ces cas et je puis exposer brièvement des considérations pour expliquer les causes qui exercent une influence sur les variations symptoma-

(1) Communication faite au Congrès d'Otologie de Bruxelles, 1888.

tiques. Elles proviennent en général de la situation des maxillaires (bouche ouverte ou fermée), du siège du traumatisme (central ou latéral, menton ou branches) et de son intensité. Ainsi s'exerce l'influence de la force musculaire des muscles masséters et temporaux et la tendance aux congestions céphaliques ou d'autres troubles circulatoires.

I. — *L'hématome du conduit s'observe dans les cloisons antérieure et inférieure.* — Dans les premiers moments, la peau conserve sa couleur normale; mais bientôt elle devient violacée et quelquefois elle forme une ampoule qui se déchire facilement avec le stylet. La douleur ne persiste pas longtemps, mais, pendant quelques jours, le malade accuse une sensation de gêne et quelques douleurs au moment d'ouvrir la bouche. Derrière l'hématome, on voit la portion supérieure ou postérieure du tympan normale. La petite tumeur sanguine s'aplatit au bout de trois jours, en moyenne, laissant pendant quelques jours une petite ecchymose.

Le type le plus caractéristique de cette hématome, je l'ai rencontré chez un jeune homme robuste qui, étant debout sur l'impériale d'un tramway dont les chevaux couraient au galop, donna sur un fanal qui faisait saillie dans une maison, reçut le coup sur la partie horizontale droite du maxillaire. Le brusque mouvement de latéralité, propagé au condyle gauche, fit glisser celui-ci de la cavité glénoïde, en produisant un rapide tiraillement de la peau du conduit et en déchirant quelques veinules auriculaires. Ainsi se forma l'hématome dans la portion osseuse. L'oreille droite ne s'en était pas ressentie.

Le symptôme douleur est l'unique qui, dans ces cas, appelle l'attention et oblige à examiner l'oreille. Cependant il peut manquer dans certains cas. Une fillette de huit ans, lymphatique, sensible, tant soit peu hémophylique, tomba de face sur le sol, en se donnant un coup sur la branche montante du maxillaire inférieur. La contusion de la figure fut si légère, qu'on ne lui fit aucun traite-

ment. Les jours suivants, l'enfant se plaignait d'avoir une mouche dans l'oreille, et avec l'idée que je pourrais la lui sortir, on m'appela. L'otoscope me permit de voir une grande ecchymose dans le conduit, très livide, qui ne permettait pas d'apercevoir le tympan.

Le bourdonnement, que la petite fille attribuait à un insecte, était l'effet de l'occlusion du conduit et s'arrêta spontanément quand céda la tuméfaction sanguine. Il n'eut aucune douleur pendant la réabsorption. L'ecchymose bouchait toute la portion osseuse.

II. — *Blessures par contusion et par déchirures de la peau du conduit osseux.* — Il semble inexplicable qu'un choc sur le menton détermine une blessure de la peau du conduit sans fracturer la cloison osseuse antérieure. Le seul fait que j'aie pu voir d'une si rare lésion fut dans l'hôpital de *Santa-Cruz*, de Barcelone. Le patient arriva à la clinique avec des otorrhagies légères. Il avait reçu un fort coup de poing sur la bouche et saignait aussi des lèvres et des gencives. Les conduits lavés et les débris de sang coagulé extraits, on vit une plaie formant fissure sur le plancher du conduit. On examina en vain la blessure en cherchant la fracture que je croyais exister dans la cloison. Il n'y avait ni crépitation, ni de grande douleur, ni de difficulté à mouvoir le maxillaire inférieur. La guérison rapide de la blessure, sans nécessiter d'immobilisation du maxillaire, corrobora l'absence de toute lésion osseuse. Il est probable que dans ce cas il existait une fragilité ou une vulnérabilité de la région, et que le petit trombus, produit par le traumatisme, se déchira, déterminant ainsi l'hémorragie et laissant ouverte la partie dilacérée par le sang.

III. — *Fractures du conduit auditif.* — Il suffit de se rappeler l'anatomie et le mécanisme de l'articulation temporo-maxillaire pour comprendre la pathogénie de cette fracture dans les coups violents donnés sur le maxillaire inférieur. Le choc peut être si brutal que dans un cas cité par Holmes le condyle fracturé à son collet avait

cassé la portion osseuse de la cavité glénoïde pénétrant dans le conduit auditif. La douleur ne manque jamais dans cette lésion. Il y a difficulté dans la mastication parce que les mouvements maxillaires augmentent l'hypéresthésie de l'articulation et du conduit comprimé par le fragment. Quelquefois, si la fracture est comminutive, le craquement ou crépitation des esquilles ou séquestres, agace autant que la douleur elle-même. Un doigt expérimenté peut percevoir la crépitation s'il s'applique alternativement dans le méat auditif et devant le tragus, et même il est possible d'écouter ladite crépitation par l'auscultation rapprochée. L'hémorragie n'est pas fréquente, parce que les fragments ne blessent pas toujours la peau du conduit. D'un autre côté l'hémorragie n'est pas pathognomonique de ces fractures.

L'examen otoscopique laisse voir la tuméfaction dure où, dans les cas exempts de blessure (dans lesquels le sang n'empêche pas l'exploration), la tumeur se meut pendant les mouvements du maxillaire. Il y a coloration échymotique dans le fond du conduit, douleur à la pression avec le stylet, douleur au moment de la mastication et au moment de parler, douleur à la pression sur le tragus et tuméfaction douloureuse au voisinage de l'articulation.

Par suite de la luxation des fragments en arrière poussés par le condyle, le rétrécissement du conduit osseux est très considérable. La réduction des fragments enfoncés par suite des pressions exercées d'arrière en avant, faites de l'intérieur du conduit au moyen de canules ou autres appareils analogues, est aussi douloureuse que quelquefois elle est inapplicable. De là dépend que dans certains cas la déformation du conduit n'arrive jamais à se corriger. M. le Dr Gellé, dans son *Précis des maladies de l'oreille*, expose un fait remarquable de cette lésion. Il s'agit d'une dame de trente ans qui offrait une oblitération complète infundibuliforme du méat, indolore; la paroi antérieure s'était absolument appli-

quée sur la paroi postérieure obstruant le trou auditif plus de quatre mois après; la fracture, dans ce cas, était, à ce qu'il paraît, une fracture non consolidée par négligence de la malade, car elle alla consulter le médecin plus de quinze jours après l'accident.

S'il y a plusieurs fragments, la blessure de la peau est presque obligatoire, car il est préférable que l'esquille (le séquestre) puisse être extraite avant qu'elle se fasse une sortie par l'élargissement ulcéreux de la blessure.

Comme les fractures du conduit ne se limitent pas toujours à la cavité glénoïde, on doit les diagnostiquer scrupuleusement des fractures du rocher. Quand ces deux fractures existent, l'hémorragie ne manque jamais, mais il est indispensable de connaître d'où elle procède, si l'on veut éclaircir le diagnostic. La fracture du rocher est accompagnée presque toujours de déchirure tympanique et, dans ce cas, il sort du sang par le méat, mais l'otoscopie ne peut pas nous guider parce que le rétrécissement du conduit, lorsque celui-ci est aussi fracturé, empêche de voir le tympan. Sans ce contre-temps, le diagnostic différentiel serait très facile à savoir : « tympan sain, fracture du conduit; tympan perforé ou gonflé par le sang répandu dans la caisse, fracture du rocher »; d'où le besoin d'avoir recours à d'autres procédés de diagnostic pour constater si l'hémorragie provient de la caisse; tels sont : les insufflations par la trompe d'Eustache avec le cathéter ou par la simple *politzération* (en cas d'impossibilité du cathétérisme) qui produiront le sifflement caractéristique des perforations tympaniques entraînant du sang à l'extérieur par le méat; ou le claquement sec du tympan, lorsque la caisse reste dans son état physiologique.

Le spéculum de Siégle, recommandé par plusieurs auteurs, a l'inconvénient de ne pas produire tout l'effet de succion ou de vide, parce que le conduit gonflé et douloureux l'empêche. Nous ne devons pas non plus nous fier beaucoup aux signes que donne la perception par

la voie crânienne; une grave fracture du rocher et de la base du crâne peut exister sans léser ni le labyrinthe, ni le nerf auditif, ni les centres acoustiques; alors le diapason-vertex s'entendrait très bien par le côté affecté et nous ferait porter à tort un pronostic favorable.

Les véritables symptômes pour savoir si la fracture du conduit se prolonge au rocher sont à mon avis : la résolution, le coma et les autres symptômes cérébraux. Il est un symptôme pathognomonique : l'apparition d'un flux séreux abondant ressemblant au liquide céphalo-rachidien. Il est fâcheux que ce symptôme ne soit pas constant.

Les fractures du temporal produites par traumatismes maxillaires, quoique affectant le cerveau ou les méninges, ne sont pas toujours mortelles, mais, pour ce qui regarde l'ouïe, les conséquences peuvent être très sérieuses; parmi elles nous pouvons citer : l'obturation du conduit, l'ostéite chronique, la nécrose des fragments et la myringite produite par le contact du pus, si le traitement n'est pas complètement aseptique, la mastoïdite et, peut-être, la phlébite consécutive des sinus.

IV. — *Rupture du tympan avec hémorragie de l'oreille moyenne.*—Un violent traumatisme sur le maxillaire inférieur peut occasionner l'hémorragie de la caisse, perforation du tympan et suppuration de l'oreille moyenne, sans fracture du conduit. Cette affirmation du D[r] Kirchner me parut invraisemblable au commencement, mais plus tard je me suis convaincu pratiquement qu'elle était possible par le cas suivant : une charrette, qui se trouvait traverser le chemin de fer de Zaragoza, fut lancée avec violence par le train qui arrivait et brisée complètement; un des brancards de cette charrette alla tomber sur le menton d'une jeune fille de dix-huit ans qui se trouvait à 4 mètres de distance du lieu du choc. La pauvre fille tomba par terre. Il lui sortait du sang par la bouche et par l'oreille gauche; elle resta pendant quelques minutes évanouie. Au moment de se lever elle

eut des vertiges et retomba de nouveau. Conduite chez elle, je diagnostiquai une fracture centrale complète du maxillaire inférieur vertical entre la canine gauche et l'incisive de ce côté; fracture de quelques incisives supérieures et quelque autre lésion à la figure. L'otorrhagie persistait quoique légère, les douleurs auriculaires étaient très vives. Le conduit lavé des caillots avec de l'eau phéniquée faible, je ne vis aucune difformité à ce niveau. Le tympan offrait une perforation semi-lunaire dans son pôle inférieur; le marteau était rouge sur ses bords, le triangle était assez marqué sur un fond d'hyperhémie foncée.

L'absence de symptômes de fracture du conduit m'amena à croire à une fracture de la base du crâne ou du rocher, mais il n'y avait ni coma, ni lenteur du pouls, ni flux ou écoulement séreux. Ici le symptôme culminant était : la douleur profonde sans irradiation à l'occiput ni aux tempes; des vertiges en levant la tête de son oreiller, bourdonnements pulsatifs, battements isochrones avec ceux du cœur (symptôme de plénitude dans la caisse). Expérience de Rinne négative.

L'appareil placé pour la fracture du maxillaire, on fit des injections antiseptiques dans l'oreille; la caisse se vida de ses caillots au travers de la perforation, et la douleur disparut. Au bout de quatre jours, les vertiges continuaient, les douleurs étant calmées; apparut la paralysie de la septième paire gauche. Comment expliquer cette paralysie? La lésion du nerf facial était-elle dans l'aqueduc de Fallope ou bien était-elle plus profonde? La grande hyperhémie de l'oreille moyenne était suffisante pour comprendre que l'artère stylo-mastoïdienne située dans l'aqueduc de Fallope puisse congestionner le névrilème du facial. Cette paralysie disparut au bout de six jours, c'est-à-dire lorsque la congestion traumatique de la caisse du tympan céda. Alors, par la perforation sortit du pus, il s'établit une otorrhée qui mit quatre mois pour sa guérison, en laissant une cicatrice

concave. La perception crânienne était bonne. L'acoumètre de Politzer était entendu à 2 centimètres. Mouvements de la mâchoire libres et faciles : preuve évidente de l'absence antérieure de fracture du conduit.

V. — *Commotion apoplectique totale ou partielle de l'oreille interne.* — Les mêmes causes productives de l'hémorragie de la caisse du tympan, dont je viens de m'occuper peuvent agir, dans certaines circonstances, sur le limaçon, ou sur les conduits demi-circulaires, ou sur l'ensemble du labyrinthe, selon l'état ou la disposition pathologique de ses vaisseaux.

Chez un de mes malades atteint de fracture du conduit, sans lésion de l'oreille moyenne, je pus constater des symptômes de Ménière, lesquels disparurent après l'usage d'une boisson antispasmodique.

Un autre individu, auquel on avait réduit une luxation complète double du maxillaire inférieur, m'apprit qu'au moment du choc de réduction les deux oreilles furent affectées d'un bourdonnement avec des vertiges pendant une demi-heure.

Je connais un autre malade qui avait souffert de bourdonnements de l'oreille droite et vertiges, immédiatement après l'avulsion de la deuxième molaire inférieure du même côté. Ces symptômes guérirent sous l'influence d'une forte dose de bromure de potassium.

Le fait le plus remarquable d'ébranlement labyrinthique que j'aie vu dans ma pratique fut celui d'un homme névropathique, qui, en cassant une noix très forte avec les molaires gauches, fut frappé d'un gros bourdonnement du même côté. Ce bruit (sifflement) ne disparut jamais, malgré les traitements les plus énergiques. C'était un homme de soixante ans, de visage congestionné, mais pas robuste. Il faut croire que l'effort musculaire d'une part, et le bruit de craquement de la noix d'une autre, agirent ensemble comme une forte secousse sur l'oreille interne, en développant une petite hémorragie dans le limaçon. Il est probable aussi qu'il

existait une prédisposition athéromateuse qui rendait friables les vaisseaux du labyrinthe. Cependant l'hémorragie ne se produisit que dans le limaçon, parce que les symptômes furent seulement : surdité et bruit avec perte complète de la perception crânienne, sans vertiges et sans autres signes de lésion dans les canaux demi-circulaires. Pas de lésions de l'oreille moyenne ni de la trompe d'Eustache.

Il faut avouer que ces lésions sont bizarres, et elles ne se produisent que lorsque l'économie a une prédisposition aux troubles trophiques viscéraux, et particulièrement dans les organes des sens.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ma communication, car il est probable que vous autres tous vous avez soigné des malades de cette espèce. Cependant, en m'occupant des relations pathogéniques qui existent entre le maxillaire et l'oreille, je n'ai d'autre prétention que de stimuler chez les chirurgiens l'étude parfaite de son mécanisme physio-pathologique (que j'ai commencé à peine à développer) et leur inculquer le besoin de bien examiner l'oreille dans toutes les maladies traumatiques du maxillaire inférieur.

DES CORPS ÉTRANGERS DES OREILLES

Par le Dr **JACQUEMART** (Suite et fin) (1).

Examinons maintenant ce qu'il advient des corps durs proprement dits.

Les corps durs introduits dans l'oreille constituent un état de choses beaucoup plus sérieux, parce qu'on n'est pas, pour la plupart du temps, appelé en temps opportun. Ou bien ce sont des soldats qui avaient un but, celui de se faire réformer pour surdité, et, naturellement, ils ne demandaient le secours du médecin que si leur état s'aggravait; et Dieu sait s'ils devaient être gravement atteints pour se plaindre ! Ou bien ce sont des enfants qui,

(1) Voir *Revue*, nº 10, 1888.

craignant d'être grondés, se sont bien gardés de dire d'où et pourquoi ils souffraient.

Dès que nous sommes mis en présence d'un corps dur introduit dans l'oreille, après que nous avons constaté sa présence, nous devons chercher à l'extraire par l'irrigation d'eau tiède. Moins encore que pour les corps demi-mous ou mous on ne recourra aux pinces ou crochets, qu'après impossibilité manifeste de réussir par ce premier moyen. J'ai dit impossibilité manifeste, parce que il n'y a presque pas d'exemple où ce soit impossible. Mais il faut qu'on sache pratiquer cette irrigation. Et à ce sujet je crois bon d'indiquer comment je procède.

Je me sers d'un irrigateur à jet continu et puissant. J'y adapte une fine canule en os ou en métal, car le verre, vu sa fragilité, me paraît devoir être mis de côté. Je place d'abord la canule dans le conduit, en redressant ce conduit, c'est-à-dire en tirant d'une main le pavillon en dehors, en arrière et en haut.

Je dirige la canule jusqu'au contact du corps étranger. Je tiens le bout de la canule obliquement en haut, de manière que l'eau pénètre entre la paroi supérieure du conduit et le corps étranger et aille s'emmagasiner dans l'espace compris entre le corps étranger et la membrane du tympan. En continuant à pousser le liquide par mon appareil dont le jet est continu et ne perd rien de sa force, j'augmente toujours la pression dans cette chambre prœtympanique. Or, comme les *liquides sont incompressibles*, il faut, la pression augmentant constamment, que ladite chambre s'agrandisse. D'abord l'agrandissement a lieu aux dépens du tympan qui s'enfonce sous la pression. Mais bientôt le tympan est repoussé jusqu'à toucher la paroi interne des oreilles moyennes, et il ne peut aller au-delà. Et pourtant il faut que l'agrandissement continue, et ce sera aux dépens de la paroi la moins solide. Ce doit être du côté où se trouve le corps étranger. En d'autres termes, le corps étranger qui ferme le conduit auditif se trouvera chassé *par la force a tergo*. Inutile de

dire que ce moyen ne serait pas applicable, s'il se trouvait que la membrane du tympan fût perforée ou détruite par une maladie antérieure, à moins pourtant que la trompe fût fermée, ce qu'on ne tarde guère à savoir en voyant si l'eau de l'injection ressort ou non par les fosses nasales et la bouche.

Il peut encore se faire, si le corps étranger est tombé dans la partie déclive de la caisse, que l'injection reste sans effet, si puissante et si méthodique soit-elle. Dans ce cas en effet le courant passe par-dessus et n'arrive pas à le ramener. Aussi les injections que je viens de décrire ne s'appliquent vraiment qu'aux corps siégeant dans le conduit ou dans l'axe du conduit.

Quand l'injection faite comme je viens de l'indiquer n'a pas raison du corps étranger, il faut bien naturellement qu'on essaie d'autres moyens. Je dirai tout de suite que les pinces sont les instruments dont on doit le moins se servir, verrait-on même très bien ce qu'on fait, c'est-à-dire en s'éclairant, comme je l'ai dit tout à l'heure. Et voici pourquoi : si on prend le corps avec une pince, et que ce corps s'échappe des mors de la pince, l'effet produit sera un enfoncement plus profond dudit corps. C'est d'ailleurs à cet effet, on le comprend aisément, qu'est due la série des accidents qu'on voit si souvent après des tentatives inutiles. Il est juste toutefois de faire remarquer que ces efforts inutiles ainsi suivis d'accidents sont faits le plus souvent par des personnes étrangères à la médecine..... Quand un enfant accuse s'être mis un corps quelconque dans l'oreille, il est rare que quelque commère ou le bijoutier du coin ne fasse de nombreux essais avant d'en venir au médecin. Et naturellement ces personnes ne voient rien de mieux que de se servir de pinces, les pinces du bijoutier : voilà pourquoi l'on appelle plus souvent à son secours le bijoutier.

Au lieu d'employer les pinces, il vaut mieux prendre un crochet ; ou bien l'on se sert d'un fil de fer de grosseur appropriée, recourbé, qu'on passe parallèlement entre le

corps et le conduit. Puis, quand on sent qu'on a dépassé l'objet, on retourne la partie recourbée du fil, de façon que l'anse ou la boucle formée embrasse le corps; et on a dans ces conditions des chances de le ramener : Cela dépend beaucoup de la nature, de la forme et du volume du corps.

Certains praticiens ont dit avoir réussi au moyen d'un crin de cheval ployé en deux, dont ils passaient la boucle derrière le corps à la manière que je viens d'exposer pour le fil de fer.

D'autres ont fait un trou dans la masse du corps et ont réussi à l'accrocher par ce trou. Encore faut-il que le corps soit facilement perforable.

D'autres ont prétendu qu'ils avaient pu, en portant sur le corps étranger un pinceau enduit de glu ou autre substance agglutinante, voire même du ciment, l'entraîner à la suite du pinceau soudé de cette façon.

Enfin, il en est qui prétendent avoir usé le corps étranger par le feu, par le galvano-cautère sans doute. Ce moyen ne serait bon, en tout cas, que pour un corps susceptible de brûler. Quoi qu'il en soit, je ne conseille pas ce moyen à qui n'a pas une très grande habitude des manœuvres intra-auriculaires.

La liste des moyens employés serait encore longue. Et c'est précisément ce qui montre que ce n'est pas chose aussi simple qu'on serait tenté de le croire tout d'abord. Il est évident que le moyen variera suivant la grosseur, la forme, la composition chimique de l'objet, et aussi suivant le plus ou moins d'enfoncement dans le conduit, puis encore suivant l'existence ou non de lésions du conduit. Or, souvent il y a du gonflement et de l'inflammation du derme à cause de l'époque tardive à laquelle le médecin est appelé. S'il y a gonflement, inflammation ou plaie, la première indication étant de remédier d'abord à cet état de choses, il n'y a pas, je crois, à décrire un procédé d'extraction du corps qui y soit propre. J'ai dit, en parlant des corps mous, ce qu'on doit faire en pareille

circonstance : attendre, débrider, dilater, etc., etc. Et, après que le conduit est revenu à son état normal, extraire le corps de la façon qu'on juge la plus convenable.

Doit-on enfin se servir de pinces, et quelles pinces?

Certes oui, on peut être réduit à se servir de pinces. Dans ce cas, je conseille d'employer celles que j'ai déjà indiquées, celles-là qui ne s'ouvrent qu'à leurs extrémités.

On peut, en effet, les introduire au travers d'un spéculum et surveiller le jeu des mors, ce qu'on ne peut faire avec des pinces ordinaires. Il y a bien des pinces coudées à branches parallèles, mais celles-là sont trop faibles et ne pourraient servir que dans le cas où le corps à extraire est très petit. En tout cas, si on se sert jamais de pinces, il faut que ce soit très doucement; il ne faut faire d'efforts de préhension et de traction que quand on est bien certain que le corps est convenablement logé dans les mors de la pince et ne pourra s'échapper.

J'ai parlé d'une série d'accidents qui peuvent être produits pendant les tentatives d'extraction. — Quels sont-ils?

Signalons d'abord les déchirures du conduit auditif lui-même. Il est rare, surtout quand on ne s'éclaire point, que le conduit ne se trouve pas plus ou moins lacéré, soit par les mors de la pince, soit par l'extrémité d'un crochet ou d'une sonde cannelée, de l'instrument quelconque dont on se sert enfin, soit par le corps lui-même.

Ensuite viennent les perforations du tympan qui peuvent être produites également par l'instrument auxiliaire, ou bien encore par le corps lui-même.

Enfin, comme je l'ai déjà dit au commencement de ce travail, il arrive quelquefois que le corps étranger soit poussé au travers du tympan déchiré jusque dans la caisse. Et si, à ce moment, on a continué les tentatives toujours en aveugle, aveuglé deux fois par le défaut d'éclairage, et par le sang qui masque tout l'intérieur, il n'est pas

rare qu'on ait fracturé le manche du marteau, qu'on l'ait même arraché en entier. Un médecin s'escrimait un jour sur la saillie du promontoire qu'il prenait pour un corps étranger.

Je citerai encore comme accident grave l'hémorragie résultant de la rupture de l'artère tympanique aussi appelée manubrienne. (L'artère tympanique provient de l'artère stylo-mastoïdienne qui se divise en plusieurs rameaux tous destinés à la membrane du tympan. L'un de ces rameaux, le plus important, longe le manche du marteau. C'est pour ce motif qu'on l'a appelé artère manubrienne.) Cette artère, petite, relativement aux autres vaisseaux de l'organisme, est grosse, eu égard aux autres vaisseaux de cette région. Elle donne quelquefois assez de sang pour faire concevoir des craintes. Il n'est pas possible qu'on songe à la lier. Or, l'emploi d'hémostatiques dans cette cavité devient une nouvelle cause d'accidents d'un autre ordre.

Sans compter l'artère manubrienne, le réseau capillaire de la caisse et du tympan est si riche, que sa déchirure suffit à provoquer des écoulements de sang quelquefois très abondants.

Citons toujours comme accident assez grave la déchirure de la corde du tympan par suite de quoi on peut avoir à regretter des troubles de la sensibilité de la langue, voire même des troubles moteurs de cet organe (car d'accord avec Cruveilhier, bien qu'en contradiction avec certains physiologistes, nous sommes arrivés à la conviction que la corde du tympan est un nerf mixte). La déchirure du plexus tympanique et du nerf de Jacobson peut de son côté donner lieu *à des troubles réflexes* appréciables surtout du côté des organes respiratoires.

Mais ce que je considère comme le plus grave accident de tous ceux que l'on pourrait énumérer en cette occasion, c'est sans contredit la chute du corps étranger dans la caisse. En effet c'est à partir de cette complication que des difficultés excessives vont surgir même pour le pra-

ticien spécialiste, si habitué soit-il aux opérations intra-auriculaires. Nous parlons toujours de corps durs, car pour les corps mous, c'est autre chose : ils peuvent être ressaisis, ramenés dans le conduit relativement assez facilement par une main exercée. Et même, s'ils sont dissociables, ils pourraient être éliminés par la suppuration.

Mais, si c'est un corps dur comme un grain de plomb, une perle de verre, un bouton, une tête d'épingle ou de crayon, un caillou enfin, voilà où il est impossible de prévoir jusqu'où ira la difficulté. Si le corps est petit, il tombe dans le fond de la caisse, en contre-bas de la paroi inférieure du conduit : souvent on ne l'aperçoit plus et même en s'éclairant très bien, on risque d'en être réduit à le chercher par tâtonnement, pour le relever. Pourtant on peut encore prévoir une solution heureuse, soit qu'on saisisse le corps avec une pince courbée à cet effet, soit même qu'on attende que la suppuration, inévitable à son contact, le rejette dans le conduit, soit encore qu'il revienne au conduit par la position déclive; quand le malade par exemple est couché sur ce côté.

Mais, si le corps est volumineux, si ses proportions égalent, par exemple, celles du diamètre du conduit osseux, on sera bien embarrassé pour l'extraire. Ainsi il arrivera que le corps, bien saisi dans les mors d'une pince, ne pourra, augmenté qu'il sera des mors de la pince, passer par le conduit osseux trop étroit; et, quand on croira être certain de le ramener, il échappera forcément des mors de la pince. Je sais bien qu'il est indiqué d'abord tout naturellement de chercher à redresser le corps et à le mettre dans la position où son plus petit diamètre se présente à l'ouverture du conduit. Mais outre qu'il est souvent difficile d'opérer ces bascules, il peut arriver aussi que le corps soit tout à fait rond. Et puis il ne faut pas oublier que ces manœuvres sont à peu près intolérables sans avoir anesthésié le patient. Or, on voit d'ici que ces séances d'anesthésie peuvent être à répéter,

car on ne peut trop longtemps prolonger la durée d'une de ces séances. Et comme ce sera au hasard qu'on devra d'avoir le corps étranger bien placé pour être saisi en bonne position, on se demande si un malade sera en état de supporter autant de séances qu'il en faudra jusqu'à l'intervention de ce hasard.

D'ailleurs, outre la douleur qu'on peut annuler par le chloroforme, on trouve une dernière difficulté qui tient à la présence du sang qui masque tout dans le fond de ce conduit auditif, sang qui reparaît au moindre attouchement d'une muqueuse toujours blessée et saignante en pareil cas.

L'exposé de difficultés si grandes, quand il s'agit d'extraire certains corps étrangers du fond du conduit auditif, et particulièrement de la caisse où ils sont tombés, devrait suffire à mettre sur leurs gardes les praticiens appelés pour un accident de cet ordre.

A qui me demanderait pourquoi je ne recours plus aux injections forcées d'eau tiède, moi qui naguère recommandais tellement ce moyen, je répondrai en rappelant l'observation que j'ai faite, à savoir que la caisse étant ouverte, qu'une issue par la trompe existant par le côté du pharynx, l'eau ne possède plus sa force *a tergo*, et que le moyen devient par cela même nul. Nul, il serait encore par le fait que le corps placé dans le fond de la caisse se trouve en dessous de l'axe du conduit et laisse au-dessus de lui un large espace pour le retour de l'eau projetée. Dans ce cas, la force *a tergo* se trouve également de nul effet. Voilà pourquoi je laisse de côté les injections d'eau tiède.

Mais alors on est en présence d'une situation devenue tout à fait grave par suite des désordres produits, grave par la présence du corps qui irrite la muqueuse de la caisse et l'excite à la suppuration; une otite moyenne suppurée, surtout chez l'enfant, reste toujours avec la menace de propagation aux méninges.

Je crois pourtant qu'il est indiqué de temporiser le

plus possible. — Mais si une complication grave venait à se faire, comme une méningite, comme une inflammation des cellules mastoïdiennes, il serait indiqué d'intervenir chirurgicalement.

En pareille circonstance, voici quelle opération je conseille :

Il faut décoller le pavillon du côté où l'on a le moins de risque de blesser quelque partie essentielle. En avant se trouve la glande parotide, l'artère temporale, et même le tronc principal du nerf facial; en bas et en avant, on risquerait de rencontrer l'articulation temporo-maxillaire; en haut seulement et en arrière, on ne trouve rien d'important, pourvu qu'on n'incise pas trop loin du pli auriculaire postérieur. On se rapprochera le plus possible de ce sillon pour éviter l'artère et la veine auriculaires postérieures. — C'est donc en arrière et en haut du pavillon qu'on incisera. On détachera ledit pavillon par une incision qui suivra le sillon; arrivé sur le périoste, on cherchera à le décortiquer, en rabattant une partie vers le conduit, et une partie vers l'éminence mastoïdienne. Quand l'os sera à nu, on enlèvera avec une gouge une partie du conduit osseux, celle, bien entendu, dont on a détaché le périoste. Ce sera en quelque sorte la voûte du conduit qu'on enlèvera ainsi. Et dans cet endroit il n'y a pas à craindre la rencontre de vaisseaux ni de nerfs importants. Le conduit étant ainsi aggrandi, on trouvera le corps étranger qu'on retirera facilement. Ensuite on remettra le pavillon en place, et quelques points de suture permettront qu'on ait une réparation convenable. La plaie se comportera comme en toute résection. Après un temps plus ou moins long, on trouvera probablement la guérison. Mais il ne faut pas s'attendre à retrouver la fonction auditive. Elle court le plus grand risque ou d'être tout à fait perdue ou considérablement diminuée. Cela dépendra beaucoup de l'importance des désordres produits antérieurement dans la caisse.

Aux désordres traumatiques qui auraient été produits par le corps étranger ou par les manœuvres d'extraction, il n'y a guère à faire qu'un traitement antiphlogistique : l'alcool, de l'acide borique avec la glycérine en feront la base, soit encore le sublimé. — Des cautérisations appropriées seraient faites pour détruire les bourgeonnements du conduit ou de la caisse. Quelquefois il y aurait lieu d'exciser les grosses fongosités. Mais c'est dès lors le traitement de toute otite suppurée soit du conduit, soit de la caisse.

Il est bien évident qu'il faut avoir tout tenté avant de recourir à une pareille opération chirurgicale qui effraie beaucoup plus toutefois qu'elle n'a de danger par ces temps de chirurgie antiseptique.

Ayant remarqué, dans toutes les circonstances où le corps étranger fut projeté au fond du conduit, que la chose était arrivée par le fait des mauvaises pinces dont on se servait, j'en fis construire tout exprès pour ces circonstances. C'est une pince à griffe, dont les mors sont disposés un peu comme les cuillers d'un forceps. Avec cette pince on peut arriver parfois à saisir le corps au-delà de sa plus grande épaisseur, et dès lors il ne peut plus s'échapper et s'enfoncer quand il échappe, comme cela arrive avec la pince ordinaire. Cette pince me fut inspirée à propos d'un accident de corps étranger tombé dans la caisse, chez un enfant, tout dernièrement.

Dans les premiers jours de novembre 1887, un enfant de cinq ans s'est introduit un caillou roulé dans le conduit auditif. Les parents tentèrent de l'extraire et ne firent que l'enfoncer.

Le médecin appelé bientôt chercha à sortir le caillou au moyen d'une injection d'eau pratiquée avec une grosse seringue à pansements. Mais, soit que le jet fût dirigé trop directement sur l'objet, au lieu de chercher à le diriger, comme j'ai dit, dans l'intervalle supérieur, soit que le corps fût buté par l'embout de la seringue pendant les mouvements du petit malade qu'on n'avait pas endormi, toujours fût-il que les efforts n'aboutirent qu'à l'enfoncer davantage. L'emploi de pinces mal appropriées à la circonstance, sans éclairage, aggrava

encore l'état des choses. Un deuxième médecin aussi mal outillé que le premier acheva de pousser le corps étranger vers le fond.

On fit si bien que le corps étranger fut projeté au-delà du tympan déchiré, jusque dans l'oreille moyenne. Le corps était gros et à peu près sphérique. Il n'avait dû passer que de force au travers du conduit, et autant que j'en pus juger à mon premier examen, son calibre était approximativement égal à celui du conduit.

A bout de moyens à leur disposition ou les trouvant d'une application trop difficile, finissant enfin par où ils auraient dû commencer, ils me confièrent l'enfant.

Dans une première consultation, malgré l'anesthésie que j'avais pratiquée, malgré l'éclairage excellent dont je me suis servi, j'eus l'ennui d'échouer moi-même. Je voyais bien le caillou, je pouvais même le saisir avec ma pince, mais chaque fois qu'heureux de le tenir solidement je le ramenais à l'extérieur, il m'échappait bientôt, faute de l'espace nécessaire pour que l'objet, augmenté de l'épaisseur des mors de la pince, pût passer. J'eus beau tourner et retourner le caillou, cherchant un diamètre moindre, c'était toujours la même chose.

Et cela se conçoit, puisque, au dire du petit garçon, dire confirmé plus tard, c'était un caillou à peu près rond. Il va sans dire que j'avais essayé des injections forcées, mais sans résultat, puisque l'eau passant par la trompe, ressortait par la bouche et les fosses nasales.

J'abandonnai momentanément les choses à elles-mêmes. Et, après huit jours, pendant lesquels j'avais prescrit un pansement antiphlogistique, après ce temps, dis-je, le caillou, toujours bien en face du conduit, était de nouveau saisi, mais cette fois encore sans succès et toujours pour le même motif. Huit jours plus tard, quand il n'y avait plus aucun gonflement inflammatoire du conduit, même insuccès.

La santé de l'enfant se maintenait bonne. Aucun trouble général; pas le moindre accident direct, sauf le traumatisme, n'existait; l'audition n'était même pas entièrement abolie. L'enfant jouait, mangeait, dormait comme avant l'accident.

Je résolus d'attendre encore.... J'attendais quoi?? Que la suppuration s'établît, espérant, sinon que le corps sortît, du moins qu'il s'offrît dans le champ de l'ouverture du conduit par son plus petit diamètre, s'il y en avait un plus petit.

C'est un fait plus d'une fois remarqué, en pareil cas, que la nature fait toute seule ce que nous ne pouvons faire souvent avec nos instruments. J'attendais donc cette chance!!! Et, en attendant, je fis

construire une pince dont les mors sont recourbés et divisés en deux griffes, la même pince d'ailleurs dont j'ai parlé plus haut.

J'espérais avec cette pince pouvoir saisir le caillou sphérique et qu'une fois tenu dans ses mors recourbés il ne pourrait plus s'échapper. J'espérais cela, à condition pourtant que les dimensions du conduit osseux le permettraient, en livrant passage au caillou augmenté de l'épaisseur double des mors de ladite pince. A l'aide de ce petit instrument j'aurais à faire pour ainsi dire une application de forceps.

Pendant les deux mois qui suivirent ma dernière tentative d'extraction, l'enfant souffrit de la coqueluche, et je craignais que le chloroforme n'amenât quelque accident, donné dans ces conditions. C'est pourquoi je m'abstins d'autant, plus que l'état de l'oreille ne s'aggravait point.

Le 20 janvier pourtant, voyant l'enfant mieux portant et cédant aux instances des parents, je fis l'anesthésie et j'étais décidé à le pousser assez loin pour que je puisse faire d'énergiques tentatives d'extraction. Mais alors je vis que la respiration s'embarrassait et qu'il fallait s'arrêter. Je me contentai seulement de soulever et redresser le caillou, je le sentais d'ailleurs toujours à sa place. Je renvoyai donc l'opération définitive à quelques jours de là.

Quel ne fut pas mon étonnement quand je vis le lendemain arriver l'enfant avec ses parents. Ils étaient dans le ravissement et s'écriaient : sauvés ! Monsieur, sauvés ! ! En effet le caillou était sorti spontanément le matin en faisant le lavage habituel, sans doute je l'avais redressé la veille et peut-être placé dans une position favorable à sa sortie, c'est-à-dire son plus grand diamètre dans l'axe du conduit.

Mais je crois aussi bien que le caillou avait été diminué de son volume par l'usage que j'avais prescrit depuis une quinzaine de jours d'une solution d'acide acétique en instillations répétées 10 à 15 fois par jour. Comme ce caillou est bien franchemeut calcaire, il a certainement été attaqué par la solution acide.

J'ai d'ailleurs une autre explication à fournir de la facilité avec laquelle ce caillou fut expulsé spontanément. L'état de la caisse que je pus voir parfaitement ce jour-là me la fournissait, je la trouvai toute remplie de fongosités. Je crois donc que les fongosités, en se développant de bas en haut, ont soulevé graduellement le corps étranger et l'ont tout simplement rejeté en quelque sorte. N'ai-je pas dit d'ailleurs dans le cours de cette étude que

j'avais eu déjà l'exemple de pareilles solutions fournies naturellement.

Cette terminaison heureuse indique qu'il est bon de ne pas se presser, de faire l'extraction toutes les fois qu'il y a danger, ou menace de méningite surtout.

Dans l'hypothèse que l'acide acétique aurait diminué le volume du caillou, je crois bon d'en indiquer l'emploi toutes les fois qu'on aura affaire à un caillou de nature calcaire; car on sait que c'est sur les calcaires ou carbonates de chaux que l'acide acétique exerce son action.

Février 1887. — J'ai pensé, malgré l'étendue des dégâts constatés dans le principe, que le tympan se reformerait, n'ayant pas été détruit totalement, un léger bord existant encore à ses attaches au cercle tympanique. Or, nous savons par expérience que le tympan lésé chirurgicalement ou par suite d'un traumatisme quelconque se reforme de toutes pièces. C'était donc le cas d'espérer le même résultat. Pourtant jusqu'ici, c'est-à-dire trois mois après l'accident, je ne vois pas que mes prévisions se réalisent. J'ai revu ces jours derniers et j'ai constaté que l'ouverture faite au tympan ne s'est pas fermée. Mais je ne pense pas qu'on doive encore juger que cela ne se fera point. En effet j'ai plusieurs fois constaté que ces oblitérations même de grandes ouvertures se sont produites beaucoup plus tard.

Toutes les parties de la caisse sont en bon état. Il n'y a plus le moindre écoulement. Nous avons dû cet amendement de la caisse à la cautérisation énergique que nous avons faite de toutes les parties fongueuses dans les jours qui ont suivi la sortie du corps étranger et au pansement de l'alcool et acide borique.

Heureusement l'audition s'est rétablie dans de larges proportions.

Nice, le 10 mars 1887. — Un exemple de même nature de celui que je viens de décrire, présentant autant de gravité dans les lésions produites et autant de difficultés pour l'extraction du corps étranger, devrait être un fait fort rare.

Et pourtant voilà que tout dernièrement le même cas s'est produit précisément dans la même localité, sur un enfant à peu près du même âge. La chose mérite d'être racontée à son tour.

Un petit garçon de cinq ans jouait sur la grève en compagnie d'au-

tres enfants. L'un de ces derniers plus grand, mais non moins raisonnable, s'avisa d'introduire un caillou dans l'oreille du petit. Ce caillou fut poussé de force dans le conduit auditif, au-delà du méat, à tel point que le pauvre enfant ne put l'atteindre avec ses doigts pour l'ôter ; et il s'en vint en pleurant conter la chose à ses parents. Ceux-là virent bien la pierre, mais ils la trouvèrent trop enfoncée, dirent-ils, pour tenter eux-mêmes de l'extraire. C'était, m'a dit la mère, un caillou de couleur jaunâtre paraissant aplati. On alla de suite consulter le médecin ordinaire de la famille. Je dois dire que ce n'était pas le même médecin qui avait soigné le premier enfant dont j'ai parlé plus haut.

Le docteur voulut prendre la pierre au moyen d'une pince ordinaire. Mais ce qui arrive presque toujours, comme je l'ai expliqué d'autre part, la pierre glissa des mors de la pince et s'enfonça davantage. De nouvelles tentatives furent faites de la même manière et n'aboutirent point à l'extraction, bien au contraire, puisque la pierre pénétra toujours plus profondément. Alors le praticien laissa la pince et voulut se servir d'une forte curette, d'une spatule par son petit bout, je crois. Il essaya d'introduire l'instrument parallèlement au corps pour lui faire faire bascule. Cette manœuvre fut extrêmement douloureuse ; elle amena la déchirure de la membrane du tympan et la lacération des parois du conduit. Et la pierre ne sortit toujours pas ; elle fut au contraire chassée dans l'oreille moyenne à travers le tympan déchiré. Le sang coulait assez abondamment et masquait tout l'intérieur de l'oreille. D'ailleurs, il paraît que le petit malade était très fatigué.

On remit au lendemain pour continuer les recherches et de nouvelles tentatives. Mais les parents ne voulurent pas que le même praticien fût appelé.

Ayant appris que j'avais soigné un autre enfant du même pays, et que cet autre enfant était heureusement guéri, ils m'amenèrent leur petit garçon.

Le récit que je viens de faire n'est que la répétition de ce que les parents m'ont raconté. Quant à moi, en examinant le malade, j'ai constaté que la membrane du tympan était déchirée, que le conduit auditif était lacéré. Il y avait au fond du conduit ou mieux dans la caisse un magma de détritus sanguinolents qui ne me permettaient pas de voir la pierre annoncée. Je lavai à grande eau et je ne vis rien encore tout d'abord. De sorte que je me disais : ou qu'il n'y avait pas de pierre ou qu'elle devait être très profondément située. *Ce ne serait pas la première fois en effet que des recherches et des tentatives d'extraction auraient été faites sans qu'il y eût de corps étranger*. Pourtant, en explorant bien de nouveau, dans tous les sens, au

moyen d'un stylet métallique mousse, je finis par trouver dans la partie la plus déclive de la caisse le contact d'un corps dur, d'un corps ayant la sensation de la pierre, le caillou évidemment.

Devais-je chercher à l'extraire ?

Si l'enfant eût présenté des troubles généraux dans sa santé, s'il y avait eu même la moindre douleur, je l'eusse tenté sur-le-champ. Mais rien de tout cela n'existait, je résolus comme dans le premier cas de temporiser. Je savais par expérience que mes recherches seraient difficiles et probablement infructueuses à cause du sang qui coulait au moindre contact. Et comme on me disait que le corps était gros, je craignais de ne pouvoir le ramener pour les mêmes motifs que j'ai déjà fait connaître.

Si comme on me le donnait à croire, la pierre était un calcaire, c'était le cas de chercher à la réduire comme nous avions fait chez le premier malade par l'acide acétique dilué. D'ailleurs il y avait aussi à compter snr le bourgeonnement de la caisse qui remonterait sans doute le corps jusqu'à préhension facile. Je prescrivis en conséquence des injections détersives pour les matières de la suppuration, puis de fréquentes instillations acidulées. En même temps, on observerait attentivement la santé du malade, et on me l'amènerait au moindre indice suspect.

Nous avons attendu le résultat de cette médication de temporisation. Malheureusement, nous n'avons plus revu l'enfant. Et nous ignorons comment les choses ont fini. N'est-ce pas l'histoire de tant de malades qui échappent à nos observations finales?

COMPTE RENDU
DU
IVe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE
(BRUXELLES, 1888)

par le Dr Wagnier, de Lille.

(Suite et fin.) (1)

Séance du 12 septembre (soir).

Présidence de M. le Dr Delstanche.

M. Siebermann montre quelques préparations de champignons trouvés dans l'oreille; il fait passer aussi des moulages

(1) Voir *Revue*, n°s 10 et 11, 1888.

internes de l'appareil auditif à l'aide du métal de Wood (composition : bismuth 4 parties, plomb 2, cadmium 1, étain 1). L'os entier est injecté à l'aide de ce métal, qui pénètre dans les plus petites cavités de l'appareil auditif et s'y solidifie ; l'os est mis ensuite à macérer pour faire disparaître les parties molles ; l'acide chlorhydrique dilué enlève la matière osseuse elle-même et il reste un moule métallique représentant toutes les cavités de l'organe auditif, même les plus minimes. Bezold, l'inventeur du procédé, se servait d'une composition de cire et de colophane. Ces moules métalliques excitent l'admiration générale.

M. Politzer. — Je me suis occupé de ce genre de préparations en me servant de la méthode de Brun, qui consiste à couler le métal fondu par la trompe d'Eustache; sur dix préparations, une seule réussit par cette méthode. Les pièces obtenues par la méthode de Bezold (cire et colophane) sont si fragiles qu'on ne peut pas les manier ; j'ai eu l'idée de les faire recouvrir d'une couche de cuivre, par la galvanoplastie.

Dr Urban Pritchard (Londres). — **Démonstration de quelques préparations microscopiques de l'oreille interne des oiseaux et des mammifères.**

C'est dans le limaçon qu'existent les principales différences qu'il y a entre le labyrinthe des mammifères et celui des oiseaux.

Le limaçon des mammifères consiste en un tube en spirale semblable à l'intérieur de la coquille d'un escargot. Il est divisé en trois étages : celui du vestibule, celui du tympan et celui du milieu ou canal du limaçon.

Celui des oiseaux, au contraire, est un tube droit ou presque droit terminé par un renflement (lugena). Ce tube est divisé en deux chambres, celle du tympan et celle du canal du limaçon; le vestibule manque. Cette subdivision est faite par une cloison de section triangulaire et une autre de section rectangulaire réunies par une membrane (*lamina membranacea*) qui contient l'organe de Corti.

Ces deux cloisons se prolongent graduellement en spirale, ainsi que le limaçon, et se réunissent finalement pour former

un tube cartilagineux. Ainsi formée, la chambre du tympan devient graduellement de plus en plus petite et se termine par un renflement. Le nerf acoustique s'étend le long du plancher de la chambre du tympan, donnant par sa force supérieure des fibres passant à travers les cellules ganglionnaires puis à travers la cloison quadrilatère et allant dans l'organe de Corti se terminer dans les cellules à cils vibratiles.

Le canal du limaçon des mammifères est formé au-dessus par la membrane de Neismer, à l'extérieur par le ligament du limaçon, en bas par le limbe de la lame spirale osseuse avec la *lamina membranacea*.

L'organe de Corti contenu dan la *lamina membranacea* est composé de deux rangées de baguettes avec une rangée de cellules vibratiles à leur intérieur et de trois ou plusieurs rangs de cellules vibratiles à leur extérieur, avec quelques autres cellules moins importantes, le tout recouvert de la membrane tectoria.

Le nerf passe à travers l'axe en envoyant des branches latérales, puis, après avoir traversé le ganglion spinal, se continue à travers l'os (*laminis spinalis*), les branches entrant dans l'organe de Corti par la partie inférieure des limbes pour aller se terminer dans les cellules.

Chez les oiseaux le cartilage rectangulaire représente le limbe des mammifères, et le cartilage triangulaire le ligament du limaçon. Il n'y a pas de baguettes dans l'organe de Corti des oiseaux, mais il y a au contraire beaucoup plus de rangées de cellules vibratiles. La membrane Reissner et la couche vasculaire du ligament chez les mammifères sont représentées par le *tegmentum propre*, couche vasculaire bordée par un cercle de cellules pigmentées et disposées parallèment au grand axe du canal du limaçon

Le renflement, ou limaçon des oiseaux, qui n'existe presque pas chez la plupart des mammifères, est parsemé de cellules vibratiles, les cils plongent dans un liquide muqueux, contenant probablement les otolithes.

Chez l'ornithorynchus, le plus inférieur des mammifères, le limaçon est un tube droit ou légèrement courbé dans la plus

grande partie de son étendue, mais à la fin il est enroulé sur lui-même.

L'intérieur du tube est divisé en trois rampes et ne diffère pas, à l'examen microscopique, du limaçon ordinaire des mammifères, à part le renflement qui le termine.

La surface du renflement est partiellement garnie de cellules vibratiles vestibulaires, exactement comme celui des oiseaux.

Préparations projetées sur le mur par l'éclairage électrique.

1° Section verticale du centre du limaçon d'un singe pour en montrer la disposition générale.

2° Section verticale du centre du limaçon montrant le canal du limaçon et la position de la membrane de Reissner.

3° Section semblable du limaçon d'un fœtus humain.

4° Section semblable du limaçon d'un homme adulte.

5° Section transverse du limaçon d'un oiseau (pie) au niveau du milieu du tube montrant la disposition générale.

6° Section semblable du même limaçon à travers le renflement (lugena), montrant le tube cartilagineux complet, ainsi que la couche des cellules vibratiles vestibulaires.

7° Section transverse du limaçon de l'ornithorinque vers le milieu, montrant son analogie avec celui des mammifères.

8° Section transverse du même limaçon vers son extrémité, montrant le renflement (lugena).

Préparations montrées au microscope.

9° Section transverse de l'organe de Corti, montrant la disposition des baguettes, cellules, etc.

10° Section semblable chez un chat adulte, montrant les baguettes et les filaments nerveux.

11° Section de la tache acoustique montrant les cellules du vestibule.

Séance du 13 septembre.

Présidence de M. le Dr Delstanche.

M. le Dr Laroche (de Bruxelles) fait une communication sur le **traitement des bourdonnements d'oreille par**

les courants galvaniques. Il présente un appareil qu'il a fait construire par M. Van Rysselberghe.

Après un exposé rapide de l'état de la question, l'auteur cherche à démontrer expérimentalement que la perception sonore produite par le courant est un fait physiologique, tandis que M. Gradenigo est d'avis que c'est un fait exceptionnel, et, le plus souvent, d'ordre pathologique.

M. Gradenigo affrme de nouveau qu'il n'a obtenu de réaction sonore que dans 3 cas sur 75. Il a employé l'électrisation unilatérale, un pôle à la nuque (positif), l'autre devant le tragus.

Un membre dn Congrès se soumet à l'expérience, il perçoit la sensation sonore d'un côté, le tympan examiné immédiatement n'offre pas d'hyperhémie, mais on constate un peu de rétraction tympanique ancienne. Trois autres membres se prêtent de nouveau à l'expérience sans résultat.

M. le Dr Schiffers (de Liège) traite de l'**érysipèle des fosses nasales** (1).

M. Wagnier (de Lille), à propos des mesures prophylactiques proposées par M. Schiffers pour obvier à l'extension de l'érysipèle de la face aux fosses nasales, croit que les lotions de sublimé à 1/2000 sont trop concentrées et craint que l'obstruction de l'orifice antérieur des fosses nasales avec de l'ouate antiseptique ne vienne augmenter l'état pénible du malade atteint d'érysipèle de la face.

M. Schiffers répond que c'est une solution à 1/4000 qu'il a voulu indiquer et qu'il conseillerait non un tamponnement, mais une obstruction légère.

M. Cozzolino. — **Perforation accidentelle de la fenêtre ronde, au moyen du galvano-cautère, ayant eu pour résultat excellent de diminuer une excessive pression labyrinthique, cause de bruits, de vertiges, de perte d'équilibre, etc.**

L'auteur rapporte un cas dans lequel il pratiqua accidentellement la perforation de la fenêtre ronde avec un cautère galvanique. Le liquide labyrinthique coulait visiblement, le

(1) Sera publié.

malade n'éprouva à la suite qu'un léger vertige, les bourdonnements diminuèrent et l'audition en fut accrue.

Il voit dans ce fait expérimental la base d'un procédé qui pourra peut-être devenir d'un emploi méthodique.

M. Gellé répond que l'on ne peut voir que le bord de la cavité au fond de laquelle se trouve la fenêtre ronde, mais non la membrane. Il croit difficile d'admettre que M. Cozzolino ait réellement perforé la membrane.

M. Moure demande si le liquide a été examiné chimiquement.

M. Cozzolino répond que le liquide a été trouvé albumineux et alcalin.

M. Politzer pense que le liquide a pu provenir d'un kyste.

M. Gellé a toujours vu la surdité complète être la conséquence de la perforation de la fenêtre ronde.

M. Delstanche rapporte un cas où une jeune fille avait fait pénétrer avec force une aiguille dans son oreille, il s'écoula également un liquide assez abondant. La malade mourut dans le coma, l'autopsie ne put être faite ; cependant la perforation tympanique porte à croire que l'aiguille pénétra à travers la fenêtre ovale et le conduit auditif interne.

M. Cozzolino indique un procédé de rhinoscopie qui consiste à éclairer le naso-pharynx au moyen d'une petite lampe à incandescence portée dans cette cavité à l'extrémité d'une tige coudée, on examine alors la cavité nasale par les procédés ordinaires de rhinoscopie antérieure.

Gradenigo. — **Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de l'organe de l'ouïe.**

L'auteur présente une série de préparations microscopiques et de dessins montrant les affections de l'organe de l'ouïe (lupus de l'oreille moyenne et externe, carcinome de l'oreille, otite scléreuse, lésions du nerf acoustique, otite moyenne purulente, etc...)

A propos d'un cas intéressant de méningite purulente, l'auteur parle de l'étiologie de la maladie décrite par Voltolini. Dans son cas de méningite, il a observé deux foyers d'infil-

tration symétrique du nerf acoustique vers le fond du conduit auditif interne ; d'un côté on ne pouvait suivre l'infiltration dans la portion correspondante du *gyrus basilaris cochleæ*. Gradenigo pensa avoir trouvé ici la voie de transmission de l'infection des méninges à l'oreille ; il y aurait donc, dans la maladie de Voltolini, d'abord une névrite circonscrite du nerf acoustique en tout semblable aux névrites otiques qu'on observe dans les autres formes endocrâniennes, cette névrite se propagerait plus tard jusque dans l'oreille interne.

M. Knapp dit que dans les épidémies de méningite cérébro-spinale il a presque toujours vu l'inflammation transmise du cerveau à l'oreille interne par les aqueducs. Dans l'œil, une pathogénie analogue est exceptionnelle, et il s'agit généralement d'une choroïdite métastatique.

M. Gradenigo ne pense pas qu'il y ait transmission directe, et il admet aussi la métastase parce qu'il a vu l'entrée du conduit auditif interne atteinte alors qu'une partie saine séparait les deux foyers cérébral et auriculaire.

M. Gellé a vu souvent, à la suite de l'irritation du pneumogastrique, des suppurations graves de l'oreille ; il considère ce fait, soit comme le résultat d'un trouble trophique, soit comme ayant son origine dans une intoxication microbienne.

M. Randall (de Philadelphie) présente des images photographiques de la région du pavillon de la trompe.

M. Secchi (de Bologne). — **La rhinite vaso-motrice.**

L'auteur expose les relations qu'il a cru remarquer entre les lésions gastro-intestinales et les affections nasales. Il fait remarquer que dans les cas qu'il a observés il a constaté dans l'urine la présence de l'aldéhyde et de l'acétone qui ne se manifestent pas dans la digestion normale.

M. Moure pense que M. Secchi a peut-être exagéré l'influence du tube gastro-intestinal sur la muqueuse nasale, étant donné que même dans le coryza aigu on n'observe que rarement pendant la nuit les troubles respiratoires dont parle l'auteur.

M. Delstanche. — **A propos de la thérapeutique de la sclérose.**

Le mémoire est surtout consacré au traitement de la sclérose par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe, combiné ou non avec les injections de vaseline pure ou iodoformée dans la caisse.

La raréfaction est indiquée quand le jeu des osselets est entravé.

Dans un très grand nombre de cas, on constate, soit l'immobilité des osselets, soit la diminution plus ou moins prononcée de leurs mouvements. Il faut, toutefois, tenir un grand compte de l'âge des sujets.

Le traitement par la raréfaction a donné des résultats très appréciables. Les malades tolèrent des actions très énergiques et les réclament eux-mêmes. Les critiques qui ont été formulées contre ce traitement sont, comme le démontre l'auteur, ou erronées ou exagérées.

M. Bœke (de Budapesth). — **Sur la médication par la pilocarpine.**

M. Bœke a employé la pilocarpine à doses assez élevées et prolongées dans quatorze cas de surdité labyrinthique due dans cinq cas à la méningite cérébro-spinale, dans deux cas au traumatisme, dans un cas à une action médicamenteuse et dans le reste des cas à la propagation de l'otite moyenne.

Il y eut dans trois cas une amélioration relative.

Dans un cas, par exemple, où le traitement dura dix semaines et où M. Bœke employa 1 gr. 16 de pilocarpine, le bourdonnement cessa, la marche devint meilleure et l'audition également.

Le traitement paraît à l'auteur peu encourageant.

Il n'emploiera désormais la pilocarpine qu'après que les autres traitements auront échoué.

M. Rohrer a employé la pilocarpine en pilules à 5 milligr. ; il prescrivait une de ces pilules trois fois par jour ; dans un cas, le malade, sans l'avis du médecin, doubla la dose : il eut alors des symptômes d'intoxication légère, mais une amélioration sérieuse de son état. Dans ce cas le traitement par la douche d'air n'avait rien donné.

M. Roosa trouve imprudent de pratiquer la douche d'air quand on ne s'est pas assuré que la lésion est réellement dans l'oreille moyenne.

M. Cozzolino a vu dans la surdité d'origine syphilitique, quand l'audition n'est pas complètement abolie, la pilocarpine améliorer le sens de l'espace.

M. Barr a employé la pilocarpine dans un grand nombre de cas, il n'en a obtenu de bons effets que dans des cas de surdité récente de nature syphilitique.

M. Moos a donné un travail sur **La pathogenèse des lésions de l'oreille et du labyrinthe dans différentes maladies infectieuses, notamment dans la scarlatine et la diphtérie.**

M. Guye. — **Étiologie des bouchons cérumineux.**

L'auteur a observé que les récidives des bouchons cérumineux avaient souvent lieu à des époques régulières. On admet généralement qu'il y a excès de sécrétion. L'auteur pense le contraire. On trouve assez souvent un bouchon cérumineux dans le conduit auditif d'un côté, alors qu'il n'y a pas de sécrétion dans l'autre côté. Les récidives qu'il a remarquées étaient de moins en moins fréquentes jusqu'à la cessation. On s'aperçoit dans ces cas que la formation des bouchons était la conséquence d'un trouble de la nutrition accompagnant des modifications pathologiques dans l'oreille moyenne ou interne. On a d'ailleurs observé depuis longtemps que la disparition du cérumen coïncidait avec la diminution de l'audition.

Pour l'auteur, il se formerait dans un point du conduit une concrétion de la matière cérumineuse, de telle sorte que dans la mastication les poils du conduit ne peuvent plus la faire mouvoir, mais sont au contraire arrachés et retenus dans la masse.

Un membre du comité donne lecture des titres d'un certain nombre de communications annoncées qui n'ont point été faites.

Les questions suivantes sont proposées pour le futur Congrès :

1° *Anatomie pathologique des inflammations de l'oreille interne;*

2° *Diagnostic et traitement des abcès du cerveau causés par les affections de l'oreille;*

3° *Traitement des affections de l'oreille en général.*

Ces trois thèses officielles seront discutées dans les séances du matin.

M. Boucheron envoie un Mémoire sur **La mobilisation de l'étrier et son procédé opératoire.**

Séance du 13 septembre (soir).

Présentation d'Instruments

MM. Cozzolino, Delstanche, Gellé et Ménière présentent une série d'instruments dont ils indiquent l'application. La plupart sont déjà connus des lecteurs de la *Revue*.

M. Suarez de Mendoza (Angers). — J'ai l'honneur de vous présenter une boîte d'instruments que j'ai fait construire pour le traitement des retrécissements de la trompe.

Elle se compose : 1° de trois sondes à gouttière de mon modèle de différents calibres ; 2° de deux sondes élastiques du tympan ; 3° de dix bougies olivaires en baleine ; 4° de dix bougies coniques ; 5° de dix bougies cylindriques ; 6° de dix bougies métalliques recouvertes d'une couche isolante pour l'emploi du courant électrique.

Ces différentes bougies répondent à une filière de dix numéros que j'ai fait faire et dont les numéros extrêmes correspondent au deux et au quatre de la filière Charrière, c'est-à-dire à cinq et quinze millimètres de diamètre.

Ma sonde à gouttière que j'ai déjà décrite dans une communication faite à la Société d'Otologie (Séance du 27 avril dernier) a été, depuis, légèrement modifiée par moi.

Mon premier modèle avait l'inconvénient de laisser se plier et sortir par l'ouverture latérale de la sonde la bougie, lorsque celle-ci était de mince calibre et devait subir une certaine pression pour traverser l'endroit rétréci de la trompe.

L'instrument que j'ai l'honneur de présenter devant le Congrès n'a pas le même inconvénient. Il est fait de telle façon que la bougie ne peut plus se plier puisque la fente longitudinale de mon premier modèle a été fermée par une lamelle métallique. Celle-ci, lorsque la bougie est en place, doit être retirée pour laisser sortir, par la fente de la sonde, la bougie, que le mandrin expulsateur déplace de la cavité de la sonde glissant dans celle-ci au-dessus de la bougie.

Le mandrin que je n'ai pas encore décrit est tout simplement une tige cylindrique et souple d'un calibre égal à la lumière du cathéter.

La sonde élastique du tympan employée depuis Weber-Liel, pour injections ou aspirations intratympaniques, peut être, dans le rétrécissement de la trompe, un très bon moyen pour se renseigner sur le degré de l'obstruction.

Voici comment :

Lorsque le cathétérisme simple ou combiné avec le Politzer, comme je l'ai décrit, ne rétablit pas la perméabilité de la trompe, avant de passer une bougie j'introduis à travers le cathéter la sonde élastique du tympan ; quand elle s'est arrêtée dans la partie rétrécie, j'adapte, au niveau de sa portion évasée, la poire de Politzer et je recommence l'insufflation. Si l'imperméabilité est absolue, l'auscultation ne révèle rien ; mais souvent un léger sifflement, dû au passage d'un mince filet d'air, indique que la lumière du canal tubaire n'est pas tout à fait obstruée.

C'est alors que j'ai recours à la bougie olivaire après avoir instillé à travers la sonde tympanique une goutte de cocaïne qui, retractant la muqueuse, comme l'a constaté le docteur Moure, facilite le passage de la bougie.

En général, avec un peu de patience, on franchit le rétrécissement avec l'olive 2 ou 3 et on se rend très bien compte de son degré en essayant de retirer l'olive.

Je me sers alors d'une bougie conique olivaire pour dilater légèrement le canal. Finalement j'en introduis une cylindrique, à bout faiblement conique par la voie ainsi frayée, et je la laisse à demeure le temps nécessaire variable entre deux et dix heures, ce qui permet au malade de vaquer à ses occupations jusqu'à l'heure convenue où il nous revient pour la faire enlever.

Pour se servir le lendemain de la bougie coupée, j'emploie un porte-bougie qui n'est autre chose qu'une tige cylindrique en métal dont une extrémité est ouverte pour former une sorte de petite pince. Cette tige porte de petits traits pour indiquer la quantité de bougie qui a pénétré dans la trompe.

Les bougies métalliques recouvertes d'une couche isolante ont été fabriquées par M. Chardin, de Paris, qui, suivant mes indications, a bien voulu se servir d'un fil de platine, plutôt que de cuivre, pour empêcher que l'oxydation puisse un jour faire tomber l'olive au niveau de sa jonction avec la tige.

Ces bougies métalliques sont destinées plutôt à faciliter, par l'action d'un faible courant, le franchissement ou rétrécissement qu'à faire le galvano-caustique chimique proprement dit, conseillé par MM. Baratoux, Gellé, Mercier, Garigoux, et dont l'indication est, à mon avis, relativement très rare.

COMPTE RENDU
DE
L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LA GRANDE-BRETAGNE

(56e CONGRÈS ANNUEL)

Par le Dr Thomas BARR, de Glasgow.

Traduit de l'anglais par le Dr CHARAZAC.

SECTION D'OTOLOGIE

(Suite et fin.) (1)

La discussion est ouverte sur la seconde partie du programme : **Végétations adénoïdes du naso-pharynx, leur influence sur l'oreille moyenne, leur traitement.**

(1) Voir *Revue*, n° 11, 1888.

Le Dr Lennox-Browne ouvre la discussion. Il s'occupe des relations qui existent entre les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales. Les végétations adénoïdes peuvent exister en dehors de toute hypertrophie amygdalienne, mais leur présence coïncide aussi fort souvent avec celle des amygdales hypertrophiques, et l'ablation de ces dernières ne fait pas disparaître la surdité qui est la conséquence des végétations. Il est important de s'assurer de leur existence dans les cas d'otite moyenne suppurée aussi bien que dans les affections non suppuratives. Pour le Dr Browne, l'ongle est le meilleur instrument pour le traitement des végétations. On peut éviter l'emploi des anesthésiques si l'on a décidé d'enlever les végétations avec l'ongle en une seule fois, ou il est possible de débarrasser suffisamment la cavité naso-pharyngienne, mais si une seconde opération est nécessaire, le jeune malade est d'ordinaire si effrayé par la première intervention qu'il est nécessaire le plus souvent d'employer le chloroforme. Le Dr Browne pense que certaines formes de catarrhe hypertrophique chez les adultes sont le résultat du gonflement du tissu sous-muqueux de la cavité naso-pharyngienne, déterminé par les végétations adénoïdes de l'enfance.

Lecture est donnée des communications suivantes qui se rattachent à la discussion :

Dr William Hill. — **Du rôle de l'amygdale pharyngée à l'état de santé et de maladie**. (*The rôle of the pharyngeal Tonsil in Health and disease.*

L'auteur considère que leur rôle est semblable à celui des glandes lymphatiques ordinaires, en particulier dans la production des leucocythes. Leurs modifications pathologiques sont intimement liées à la diathèse strumeuse.

Dr Adolf Bronner, (de Bradford.) — **Tumeurs rétronasales** (*Postnasal Growths*).

L'auteur, sur 250 écoliers par lui examinés, en a trouvé 8 0/0 qui souffraient des symptômes des végétations adénoïdes

Sur 152 malades ayant des végétations, 85 0/0 éprouvaient ou avaient éprouvé des troubles du côté de l'oreille. Il préconise dans le traitement l'emploi de la curette de Hartmann.

Dr Fargutsar Matheson. — **Bégaiement ou articulation défectueuse et les maladies du naso-pharynx.** (*Flammering or Stuttering and naso-pharyngeal disease*).

Il rapporte plusieurs cas dans lesquels le bégaiement (et le stuttering, bredouiller) ont été guéris radicalement par l'ablation des végétations adénoïdes. Le Dr Matheson pense que dans les cas de bégaiement il existe, soit de l'hypertrophie des cornets, soit de la rhinite chronique.

La discussion s'ouvre à la suite de la lecture de ces diverses communications.

Le Dr Mackenzie Johnston dit qu'il n'est pas douteux que, si l'on négligeait de traiter les végétations adénoïdes, le traitement dirigé contre l'otite moyenne catarrhale ou l'otorrhée serait souvent sans résultat. Les mucosités de l'oreille moyenne s'écoulent par la trompe d'Eustache. Si les végétations s'opposent à cet écoulement, il doit évidemment en résulter pour le traitement de l'oreille des conditions défavorables. Les effets des végétations sur l'état général sont assez sérieux pour être pris, eux aussi, en considération. Le Dr Mackenzie préfère de beaucoup la pince au doigt si fortement prôné par M. Lennox-Browne.

Le Dr Howard, malgré les dangers que présente parfois l'anesthésie, emploie toujours le chloroforme; il pense qu'en prenant les précautions nécessaires pour empêcher l'écoulement du sang dans le larynx, le danger peut être réduit au minimum. Il insiste sur la nécessité de faire pencher la tête du malade en avant, lors de l'introduction du doigt, afin de relâcher le voile du palais et d'obtenir un espace plus considérable; il recommande en second lieu, après l'anesthésie, d'incliner la tête en arrière et sur le côté de la table quand le sang commence à couler. Cette position de la tête rend impossible le passage du sang dans le larynx.

Le Dr Laurence Turnbull (Philadelphie) est heureux de voir son opinion sur l'emploi du chloroforme dans cette petite opération partagée par le Dr Howard. Il rapporte deux cas de mort par l'anesthésie. Il pense que dans ce cas les anesthésiques généraux sont peu nécessaires alors que nous possédons un anesthésique local de la valeur du chlorhydrate de cocaïne; d'après son expérience personnelle, toutes les opérations sur le nez et la gorge peuvent être pratiquées avec succès avec une solution de cocaïne de 2 à 4 0/0; il est préférable de faire dissoudre la cocaïne dans une solution d'acide phénique cristallisé au centième, l'acide phénique joint son action à celle de la cocaïne et prévient les symptômes nerveux.

Le Dr Charles Denison (Denver, Colorado), relativement aux

recherches faites par Lennox-Browne sur la fréquence des végétations adénoïdes dans le pays qu'il habite, constate que, d'après son expérience personnelle, les végétations adénoïdes sont moins fréquentes dans le climat clair et sec du Colorado que dans les régions voisines de l'Océan.

Le Dr Waxham (Chicago) partage l'opinion du Dr Turnbull, les végétations adénoïdes sont relativement rares en Amérique. Le plus souvent l'obstruction de l'espace rétro-nasal est dû à l'hypertrophie de la muqueuse et de l'amygdale pharyngée, bien plus qu'aux végétations adénoïdes.

Le Dr James Blacke pense que l'ongle bien développé constitue le meilleur instrument. Il est cependant des cas où d'autres instruments sont nécessaires, le plus souvent toutefois l'ongle naturel ou artificiel est nécessaire pour compléter l'opération, après que les végétations ont été enlevées avec un autre instrument : cela provient de ce fait que les choanes sont souvent obstruées par le gonflement de la muqueuse, et le doigt constitue le meilleur moyen de détruire le gonflement.

Le Dr Fargutsar Matheson préfère l'ongle à tout instrument ; on doit administrer un anesthésique, et des irrigations alcalines doivent être faites pendant les semaines que durent l'opération.

M. Walter Wolston (Edimbourg) dit que la surdité, dans une très grande proportion (75 0/0 d'après lui), est en Angleterre la conséquence des végétations adénoïdes. Il enlève les masses adénoïdes avec la pince de Lœwenberg et complète l'opération avec le doigt. Il porte une attention particulière sur le petit bourrelet qui existe presque toujours au-dessous de l'extrémité de la trompe et en comprime l'ouverture. Le doigt seul ne saurait suffire à tous les cas ; ainsi, au-dessus de l'âge de sept ans les végétations prennent souvent un caractère fibreux ; elles sont suspendues à la paroi postérieure du pharynx entourées de tissu normal, et il faut employer pour les extraire des pinces tranchantes assez fortes. Il est utile de réduire le volume des cornets à leur partie postérieure, quand il est trop considérable, le meilleur moyen consiste à passer par les fosses nasales une anse galvanique.

Le Dr Barr (président) croit que les hommes, tels que Meyer, Guye et Lœwenberg, qui ont élucidé cette question, ont rendu le plus grand service à la chirurgie auriculaire. La découverte de ces tumeurs comme causes des maladies d'oreille a marqué une époque importante dans le développement de nos connaissances en otologie. Les végéta-

tions adénoïdes sont très communes en Ecosse et sont une des causes les plus communes de surdité.

Dans le traitement le Dr Barr emploie l'ongle naturel et artificiel (ongle d'acier), la pince de Lœwenberg ou quelqu'une de ses modifications. Il préfère l'ongle en acier (Steel nail) et la pince à l'ongle naturel. Ce dernier ne suffit pas à détruire les végétations volumineuses. Fréquemment le Dr Barr commence l'opération avec les pinces et la termine avec l'ongle artificiel. L'introduction des pinces dans la cavité naso-pharyngienne est moins douloureuse que celle du doigt. Mais la sensibilité varie beaucoup, suivant les individus. L'application locale de la cocaïne est très utile, mais il vaut mieux éviter l'emploi du chloroforme, bien que chez certains enfants très nerveux il soit nécessaire d'y avoir recours. Si l'on emploie le chloroforme, la tête doit être tenue très inclinée en arrière, afin que le sang ne pénètre pas dans les voies aériennes. Une seule opération est rarement suffisante, il en faut souvent trois ou quatre pour débarrasser complètement la muqueuse et désobstruer les cavités nasales.

Le Dr Lennox-Browne, au sujet des anesthésiques, affirme de nouveau que, si l'on opère lors du premier examen, un anesthésique n'est pas nécessaire. Bien que l'introduction du doigt jusqu'à la voûte naso-pharyngienne soit très désagréable et quelque peu effrayante pour les jeunes enfants, elle n'est cependant pas douloureuse et l'anesthésie locale au moyen de pulvérisation de cocaïne à 10 0/0, est ordinairement suffisante pour éviter la douleur.

Bien qu'il préfère l'emploi des doigts et qu'il n'ait jamais rencontré de cas dans lequel ce procédé ne fût suffisant, toute latitude doit être laissée à chacun, à ce sujet. L'important n'est pas l'instrument dont on se sert, mais le résultat que l'on obtient. Personnellement, en employant le doigt, il lui est arrivé rarement d'être obligé d'intervenir une seconde fois, tandis qu'avec les pinces certains opérateurs ont dû répéter l'opération trois ou quatre fois.

3° De la valeur véritable des instruments destinés à accroître l'audition et désignés d'ordinaire sous le nom de « tympans artificiels ».

Le Dr Lardlaw Purves ouvre la discussion. Le tympan artificiel agit comme appareil protecteur, sert de véhicule aux médicaments; c'est un absorbant, il lubréfie les parties (moistener), mais il sert surtout à modifier la tension et à aider les muscles intra-tympaniques, produisant ainsi des modifications qui réjouissent à la fois le malade et le praticien. Le tympan artificiel est pour l'oreille ce qu'une lentille

artificielle est pour l'œil, il remplit les fonctions que les muscles ne peuvent plus accomplir qu'à grand peine et produit d'une façon merveilleuse ces petites variations qui sont nécessaires pour permettre de suivre sans peine une conversation.

Le Dr Laurence Turnbull (Philadelphie) lit un travail dont voici les conclusions : 1° Les tympans artificiels jouent un rôle important au point de vue de l'hygiène de l'oreille, ils préviennent la sécheresse de la caisse (dryness) et les dangers qui résultent pour l'audition de l'absence de la membrane protectrice naturelle ; 2° un certain degré d'audition est possible, sans membrane du tympan, mais sans elle l'audition parfaite est impossible ; 3° avec les divers instruments que l'on a employés, on n'a pas seulement cherché à prévenir la sécheresse qui résulte de la présence de l'air, mais encore à empêcher le passage dans la caisse des agents étrangers nuisibles, à prévenir les maladies qui résultent de l'air ou de l'eau froide qui produisent si facilement l'inflammation aiguë suivie d'abcès de l'apophyse ou du cerveau. L'emploi du coton ou des boulettes de « Yearsley » donne des résultats satisfaisants. On a objecté la tendance du coton ordinaire à déterminer de l'inflammation en portant dans ses fibres des bactéries ou des micrococcus, et aussi d'autres corps étrangers. On évite ces inconvénients en employant une solution (1/4000) de sublimé (coton sublimé) ou des disques de gaze sublimée; au moment de les introduire, on les enduit de cosmoline ou de vaseline pour les rendre plus adhérents. Les disques sont mis en place à l'aide de petites pinces, et le fil est coupé à l'orifice du conduit. On doit rejeter tous les appareils qui contiennent une partie métallique, tige, manche, etc., et qui sont irritants ou dangereux.

Le charlatanisme dans le traitement de la surdité, telle est la traduction libre d'un Mémoire du Dr Ellis, de Newcastle (*fraudulent treatment of the deaf by impostors*).

Il s'agit de tympans artificiels vendus par des industriels qui promettent de guérir la surdité, si ancienne qu'elle soit et quelle qu'en soit la cause. Le Dr Ellis présente un de ces tympans qui coûtent deux livres sterling et qui fut envoyé à un malade avec promesse de guérison. Il en a fait examiner la portion métallique par un orfèvre qui a déclaré que c'était du cuivre jaune. Le malade souffrait de surdité nerveuse et de bourdonnements ; il ne fut en rien soulagé par les tympans artificiels. En présence de ce fait, le Dr Ellis se demande

si on ne pourrait pas mettre en garde les malades contre l'exploitation dont ils sont l'objet.

Le Dr MATHESON dit que la forme du tympan artificiel la plus utile est le bourdonnet de coton (antiseptique); tous les disques en tissu sont irritants et ne doivent être employés qu'avec prudence.

MM. les Drs DONALD STEWARD, WARDEN, BARR, WALKER, DOWSNER, JAMES ERSKINE, TURNBULL, MACFIE prennent tour à tour la parole et exposent leurs vues au sujet des tympans artificiels (1).

En dehors des trois questions discutées par l'assemblée les communications suivantes sont faites à la section.

Dr BARR. — **Abcès cérébral consécutif à une affection de l'oreille.**

Il s'agit de deux cas d'abcès cérébral consécutifs à une affection de l'oreille, opérés par le Dr Macewen. Le premier a été décrit dans les *Archives of otology* (vol. XVI, p. 146). Dans le second cas il s'agit d'un jeune homme âgé de vingt-un ans, qui fut opéré le 15 mai dernier. Trois semaines avant l'opération, il avait eu des céphalalgies, des vomissements, pouls lent et intermittent, température normale ou au-dessous de la normale, contraction de la pupille gauche, parésie de tous les muscles oculaires, paralysie partielle du facial du côté opposé, parésie du bras droit. On fit d'abord la trépanation de l'apophyse mastoïde, afin d'établir une communication avec le conduit auditif externe, mais il ne sortit qu'une très petite quantité de pus. Le Dr Maceven fit alors la trépanation au-dessus du conduit auditif et perça le cerveau avec un trocart. Trois onces de pus horriblement fétide sortirent de l'ouverture. La cavité fut lavée avec une solution phéniquée et un drain fut placé dans la plaie. Le pansement fut laissé sans y toucher pendant trois semaines. Au bout de ce laps de temps, la plaie était guérie. A l'heure actuelle le malade est en parfaite santé.

(1) Cette discussion ne présente pas grand intérêt; les idées exprimées étant bien connues des lecteurs de la *Revue,* nous nous abstenons de la traduire *in-extenso* Dr J. CH.

Le Dr Charles WARDEN rapporte **un cas d'affection congénitale de l'oreille ayant déterminé un abcès mastoïdien et la paralysie faciale.**

L'écoulement fut remarqué chez l'enfant peu après la naissance. Quelque temps après, le malade eut des convulsions et de la paralysie du facial gauche. Bientôt après un large abcès se forma derrière l'oreille sur le temporal et l'apophyse mastoïde. Cet abcès ouvert permit de constater la lésion osseuse. Plusieurs esquilles furent plus tard enlevées par le mal. Finalement, la paralysie faciale disparut.

Le Dr CRISTOPHES LEWIS (Birmingham) rapporte **un cas de phlegmon profond du cou avec paralysie du bras droit consécutifs à une otite moyenne aiguë déterminée par un coup.**

Un enfant de quatorze ans, quatorze jours après avoir reçu un coup sur l'oreille, fut pris d'une vive douleur d'oreille et de céphalalgie, avec vomissement, délire, température élevée. Au bout de neuf ou dix jours, du gonflement et de la rougeur apparurent au sommet de l'apophyse mastoïde, accompagnés d'une inflammation profonde du cou. Le tympan est enflammé, mais sans perforation, surdité prononcée. Un gonflement énorme du cou se produit. Il n'y a pas de frissons, mais la douleur est intense. On note de la gêne dans les mouvements du bras, provenant des lésions (injury) du plexus cervical. Une incision fut faite un peu au-dessus de la clavicule, une sonde introduite fit sortir d'abord des masses caséeuses, puis une certaine quantité de pus. A la suite de ce traitement les symptômes disparurent rapidement.

Le Dr ERSKINE montre : 1° **un séquestre du labyrinthe** d'une femme ayant souffert d'un écoulement de l'oreille droite pendant quatre ans. Il existait de la paralysie faciale du même côté et une surdité complète. Le séquestre présentait des parties du limaçon, une portion de la paroi interne de la caisse.

2° Une excroissance (appendage) volumineuse de l'oreille d'une femme de vingt-neuf ans. Cette excroissance mesurait un demi-pouce. Elle fut enlevée après chloroformisation.

BIBLIOGRAPHIE

La curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical, par le Dr Th. Heryng, traduit de l'allemand et annoté par le Dr Schiffers, de Liège.

A diverses reprises, dans le courant des années 1887 et 1888, le Dr Heryng, de Varsovie, avait attiré l'attention du monde médical et des laryngologistes en particulier, sur la possibilité de guérir la tuberculose du larynx et sur son traitement par l'acide lactique. Les résultats obtenus étaient trop encourageants et la question trop importante pour n'être pas reprise par son auteur. Cette fois ce n'est pas un simple article de journal qui nous est présenté par Heryng, mais un travail d'ensemble, véritable étude clinique et anatomo-pathologique de la tuberculose du larynx. Le travail était écrit en allemand, le Dr Schiffers s'est chargé de le présenter au public médical français : nul mieux que lui et avec plus d'autorité ne pouvait s'acquitter de cette tâche.

La première partie du travail de Heryng est une étude anatomo-pathologique de la phtisie du larynx. L'auteur étudie la tuberculose du larynx dans ses formes et ses manifestations diverses et établit l'existence de la tuberculose laryngée primitive. La phtisie laryngée, dont la nature était autrefois discutée, est aujourd'hui bien connue, elle est le résultat de l'infection de l'organe vocal par le bacille de Kock dont la présence amène le développement du tubercule. Mes recherches personnelles, dit Heryng, m'ont appris que les ulcérations du larynx, depuis la plus petite érosion à peine visible à l'œil nu jusqu'à la plus profonde perte de substance cratériforme, renferment toujours le bacille de Kock. La tuberculose primitive du larynx n'est pas aussi rare que bon nombre d'auteurs l'ont cru autrefois, et Heryng souscrit à cette opinion de Orth, que la phtisie du larynx est presque toujours une maladie locale, rarement le symptôme d'une tuberculose générale. C'est surtout dans les cas de ce genre que le traitement des lésions laryngées est important, car la

tuberculose primitive du larynx a toujours pour conséquence la tuberculose pulmonaire.

La tuberculose laryngée peut guérir et les ulcérations se cicatriser. On peut le démontrer par les observations de guérison spontanée. Heryng rapporte deux observations dans lesquelles il a pu, au moyen du microscope, constater nettement l'existence de cicatrices dues à des ulcérations tuberculeuses guéries spontanément, l'origine tuberculeuse des lésions était confirmée par celles qui se trouvaient dans les poumons. Si la tuberculose laryngée peut guérir spontanément, le praticien peut-il, par un traitement approprié, déterminer la guérison? Si oui, quel est ce traitement? L'étude de cette importante question fait l'objet de la seconde partie du travail de Heryng.

Au début, l'auteur rappelle les idées qui ont régné jusqu'à ces dernières années dans le traitement de la tuberculose du larynx et qui peuvent se résumer dans ce précepte : « Un larynx tuberculeux ne doit pas être excité. » Il étudie ensuite les modifications introduites dans la thérapeutique par l'introduction de l'antisepsie en chirurgie. L'iodoforme, la créosote, furent tout d'abord employés et donnèrent de bons résultats. Les travaux de Schmidt vinrent ensuite qui donnèrent une impulsion nouvelle et réformèrent les opinions qui avaient cours avant lui sur la question. En même temps, la découverte des propriétés anesthésiques de la cocaïne vint faciliter la tâche du praticien et réaliser un grand progrès dans la thérapeutique de la phtisie du larynx.

En 1885 Krause publia sa méthode de traitement de la phtisie du larynx par l'acide lactique. Héryng s'étend longuement sur les résultats obtenus par cette méthode et publie 19 observations de tuberculose du larynx traitées par lui à l'aide de l'acide lactique et analyse les résultats du traitement. Dans un certain nombre de cas les attouchements à l'acide lactique ne suffisent pas, et Héryng pratique le « curettage » des ulcérations à l'aide d'instruments spéciaux décrits et figurés dans son livre ; il rapporte 10 observations de phtisie laryngée traitées par le curettage et 5 cas traités

par les injections sous-muqueuses. Des considérations sur le pronostic, la prophylaxie et le traitement général de la phtisie laryngée terminent le travail. (Paris, chez Carré; Bruxelles, chez Manceau, 1888.) Dr J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX BUCCAL

Du phlegmon aigu infectieux du Pharynx. *(Ueber acute infectiose Phlegmone der Pharynx. Vortrag, gehalten in der Berliner medicinische Gesellschaft, an. 4 januar 1888.)* (Communication faite à la Société médicale de Berlin, le 4 janvier 1888), par le Prof. SENATOR.

Comme phlegmon aigu infectieux primitif du pharynx l'auteur décrit une maladie très peu connue jusqu'à ce jour et qui cependant mérite d'être prise en considération puisque, dans tous les cas observés, elle a amené la mort du sujet.

Senator publie 4 observations à peu près identiques qui peuvent se résumer ainsi : sans symptômes prémonitoires un homme en bonne santé est pris d'un violent mal de gorge avec fièvre très forte; des douleurs spontanées apparaissent sur les parties latérales du cou, douleurs exagérées par la pression; la déglutition devient difficile, puis des phénomènes apparaissent du côté du larynx, tels que l'enrouement et la dyspnée.

A l'examen de l'arrière-gorge on constate une rougeur et un gonflement très marqué du voile du palais, de la luette et de la paroi postérieure du pharynx.

Les ganglions du cou sont en général gonflés et douloureux, ainsi que les régions sous-maxillaires.

L'examen laryngoscopique, lorsqu'il est praticable, permet de reconnaître un gonflement inflammatoire plus ou moins intense de l'épiglotte, des replis ary-épiglottiques, de la région aryténoïdienne et des cordes vocales inférieures.

Comme état général, ce sont des phénomènes typhiques qui dominent; le malade est dans l'ataxo-adynamie; les urines contiennent de l'albumine en proportion notable.

Les symptômes locaux et généraux s'accroissent très rapi-

dement, et, en général, le malade meurt subitement vers le troisième jour, non point de sténose laryngienne, mais de paralysie du cœur, comme on a l'habitude d'en constater dans les maladies infectieuses, telles que la diphtérie, la scarlatine, la fièvre typhoïde.

A l'autopsie on constate un gonflement inflammatoire de la muqueuse de l'arrière-gorge et une infiltration purulente de la couche sous-muqueuse tantôt de la paroi postérieure du pharynx, tantôt du voile du palais. L'épiglotte et les bandes ventriculaires sont fortement œdématiées, les cordes vocales plus légèrement; les ganglions lymphatiques du cou participent à l'inflammation ; souvent le tube digestif est atteint, l'estomac presque toujours présente les lésions de la gastrite hémorragique.

La rate est augmentée ; son tissu est ramolli et se laisse écraser sous le doigt.

Les reins présentent les altérations de la néphrite infectieuse.

Telle est la maladie que Senator décrit sous le nom du phlegmon infectieux primitif du pharynx; l'auteur ne veut pas dire qu'avant lui elle n'ait pas été observée; au contraire il en a trouvé quelques cas dans la littérature, mais qui ont été décrits comme phlegmons aigus primitifs du larynx.

Tel est le cas observé par Cruvellier. De même Sestier, Morell Mackenzie rangent sous la rubrique de « inflammations œdémateuses aiguës du larynx » des cas observés chez des médecins, des étudiants, des garde-malades, cas qui, au moins par l'étiologie, milieu septique, se rattachent plutôt à la pharyngite infectieuse primitive.

Senator admet cependant l'existence du phlegmon infectieux primitif du larynx, mais il croit que c'est une affection beaucoup plus rare que ne le veulent les auteurs.

Quant au phlegmon infectieux primitif du pharynx, c'est une affection qui paraîtra beaucoup plus fréquente maintenant que l'attention du médecin a été attirée sur elle. Le pharynx, par sa situation, n'est-il pas en effet bien fait pour servir de porte d'entrée aux germes infectieux de toutes sortes?

Fraenkel n'a-t-il pas fait voir que souvent, après une angine diphtérique par exemple, on assistait à l'évolution d'une affection secondaire telle que des phlegmons étendus du tissu cellulaire du cou dus à l'introduction de nombreux microbes par la muqueuse malade du pharynx ?

Ici, dans la maladie qui nous occupe, il s'agit d'un phlegmon infectueux primitif et non secondaire du pharynx.

Quant à la nature de la maladie, elle est manifestement infectieuse, elle est due à un micro-organisme, mais jusqu'ici, malgré les recherches des Drs Schwass et Langerhans, le microbe caractéristique n'a pu être trouvé; ces observateurs ont isolé et cultivé des microbes trouvés dans la rate, mais ceux-ci inoculés à des petits chiens n'ont donné lieu à aucun phénomène pathologique ; l'analyse microscopique du sang et des reins n'a rien permis de décider à ce point de vue.

Le diagnostic est assez facile; tout au plus pourrait-on confondre cette affection avec les angines infectieuses telles que la diphthérie et l'angine infectieuse des Français.

Mais, dans la diphtérie il y a les pseudo-membranes qui font défaut ici ; il y a la rhinite et enfin même, dans les cas graves, l'infection ne marche pas aussi vite que dans le phlegmon du pharynx.

Quant à l'angine infectieuse qui, elle aussi, s'accompagne de fièvre et d'albuminurie, elle pourrait ne bien être que le premier degré du phlegmon infectieux; aussi le premier jour la confusion pourrait-elle se faire ; mais plus tard la marche est bien différente , l'angine infectieuse ne s'accompagne pas de phénomènes typhiques et l'inflammation ne se propage ni au larynx, ni aux parties molles du cou.

Le pronostic est grave.

Le traitement s'adresse plutôt aux symptômes qu'à la cause ; la glace, les sangsues sur les parties latérales du cou peuvent soulager le malade.

La trachéotomie doit être faite s'il survient des accès de suffocation, mais elle n'entrave en rien la marche de la maladie infectieuse, il ne faut pas songer à ouvrir le foyer purulent. (*Berl. klin. Woch.*, nº 5, janvier 1888.) V. R.

VARIA

Un cas de goître kystique, par M. Segond.

La malade de M. Segond est une femme de trente-six ans, atteinte depuis quatorze ans d'un goître kystique unilatéral. Deux ans après l'apparition de la tumeur, cette femme étant devenue enceinte, le goître prit un développement rapide qui ne tarda pas à s'arrêter. Il y a six mois, sans cause connue, la tumeur grossit rapidement causant de la gêne dans la respiration : ponctions et injections de teinture d'iode. Résultat : la malade demande une intervention radicale.

M. Segond envisage la thyroïdectomie totale, la thyroïdectomie partielle et l'incision antiseptiqne. Cette dernière ne réussit que dans les cas où la tumeur est uniloculaire et à parois molles; or, ici, il s'agit d'un goître à parois épaisses et rigides, et l'on n'aurait guère de chance d'obtenir une coaptation parfaite. Quant à la thyroïdectomie totale, elle est absolument condamnée en raison des accidents auxquels l'enlèvement du corps thyroïde donne lieu : tétanie, hallucinations bizarres, manie aiguë, troubles cérébraux graves et prolongés dus à la suppression des fonctions inconnues de cette glande. Il n'en est plus de même de la thyroïdectomie partielle; car, dès qu'on laisse un peu de tissu thyroïdien, aucun de ces accidents ne se produit.

Il ajoute que la trachéotomie est quelquefois nécessaire par suite du ramollissement des anneaux de la trachée et de la suffocation qui en est la suite. (*Gaz. des hôpit.*, 23 février 1888, n° 23.) E. Peyrissac.

Diphtérie et créosote, par M. le Dr Legroux, professeur agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau.

Pendant les mois de septembre et d'octobre derniers, M. le Dr Legroux a expérimenté la créosote sur les diphtériques de l'hôpital Trousseau.

Tous les malades ont été traités par la créosote de hêtre suivant le mode suivant :

Pulvérisations et badigeonnages répétés toutes les quatre ou cinq heures au 1/20; enfin, dans les cas les plus graves,

les injections hypodermiques d'une solution créosotée ainsi formulée :

Huile d'olive aseptique.... 180 grammes.
Créosote de hêtre........... 20 —

Ces injections n'ont, dans aucun cas, déterminé d'accidents inflammatoires ou septiques; cependant, chez certains sujets, elles ont provoqué une sensation douloureuse qui a persisté quelques heures.

Sur les 68 malades traités, il y a eu 30 guérisons, plus des 3/7, et sur les trachéotomisés, 1 sur 3 de sauvé. (*Arch. de Laryng.*, *de Rhinol.*, etc., 15 fév. 1888.) E. Peyrissac.

Un cas de troubles des fonctions cérébrales consécutifs à un carcinome du corps thyroïde *(Ein Fall von Storung der Gehirnfonction bei carcinom der Thyroïdea)*, par le Dr Roth, de Lenggries.

Le malade, âgé de cinquante-sept ans, vint consulter le Dr Roth au mois de novembre 1887, pour une affection qui avait débuté au mois de septembre; cet homme présentait les signes d'une cachexie assez avancée et nullement en rapport avec l'état des organes; le corps thyroïde paraissait seulement un peu plus gros qu'à l'état normal. Le diagnostic fut réservé.

En décembre la cachexie avait fait des progrès; la face était terreuse et un œdème très marqué existait aux pieds.

Le corps thyroïde gros comme une petite orange était dur et bosselé; sur le côté gauche on trouvait un prolongement de la tumeur.

La peau était saine et non adhérente à la tumeur; à gauche, il existait une paralysie du récurrent.

Le patient délirait presque constamment et tombait de son fauteuil, et quatorze jours plus tard il était mort.

Le Dr Roth explique ce délire et ce vertige par la raréfaction croissante des éléments normaux de la glande due à la dégénérescence cancéreuse; ces phénomènes morbides sont imputables pour lui à cet état que Kocher a décrit sous le nom de cachexie strumipriva. *(Munch. med. Woch.*, n° 10, 1888.) V. R.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx buccal.

Anselmi. — Abcès retro-pharyngien dû à une carie des premières vertèbres cervicales (Creme, 1888).

Beaufoy Green. — Kyste dermoïde de la langue (*Clinical Society of London; Lancet*, 3 nov. 1888).

Beehag. — Traitement de la pharyngite catarrhale (*British med. Journ.*, 29 sept. 1888).

Bernays (A.-C.). — Origine du foramen cœcum de la langue prouvée par l'enlèvement d'une tumeur de la base de la langue (Saint-Louis, *Med. and. surg. Journ.*, oct. 1888).

Bleynie. — Traitement de l'angine couenneuse (*Le Monde Pharmaceut.* 20 sept. 1888).

Borchard (A.). — Sur le carcinome de l'antre d'Higmore (Jeana, 1888, 59 s.).

Bramann. — Leucoplasies linguale et buccale (*Frei Vereinig. der Chirurg. Berl.*, 8. X.).

Bryson-Delavan (D.). — Pathologie chirurgicale, étiologie et traitement de l'hémorragie consécutive à l'amygdalotomie (*Americ. laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Cadell (Francis) (J. O'Connor). — Ulcération syphilitique de la langue (*The British. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Carmalt (William H.). — Enlèvement de la langue cancéreuse (*N.-Y. State med. Associat.*, 9, 10, 11 oct. 1888. *The med. Record.*, 13 oct. 1888).

Carpenter. — L'abus de l'uvulotomie et de l'amygdalotomie, élongation de la luette et hypertrophie des amygdales conséquences du catarrhe nasal chronique (*Gaillard's med. Journ.*, sept. 1888).

Christopher Heath. — Sarcome du maxillaire supérieur, opéré 5 fois dans dix-neuf mois. Pas de récidive 4 ans après la dernière opération (*Lancet*, 3 nov. 1888).

Deane et Nisbet. — Nécrose de la branche ascendante et du condyle du maxillaire inférieur, sequestrotomie, guérison (*Lancet*, 27 oct. 1888).

Egidi. — Hypermégalie de la luette et la toux obstinée (*Arch. Ital. di Laryng.*, an. VIII, nº 4, Naples, oct. 1888).

Eichhorst (H.). — Désinfection des voies respiratoires (*Wien. med. Presse*, 14 oct. 1888).

Fenwick. — Tumeurs rétro-pharyngées (*Méd. Record.*, 3 nov, 1888).

Fraenkel. — De la stomatite aphteuse au point de vue anatomique et étiologique (*Arch. f. Pathol. anat. Phys.*, CXIII, 3).

Francotte (H.). — Hémiatrophie congénitale de la langue, paralysie des extrémités inférieures (*Annales de la Société medico-chirurg. de Liège*, nº 8 et 9, 1888).

Galippe (V.). — A propos du traitement de la gingivite arthro-dentaire infectieuse (pyorrhea alveolaris) (*Journ. des Connaissances méd.*, 8 nov. 1888).

Haderup (V.) (Copenhague). — Contributions cliniques à l'étude des kystes du maxillaire (*Thèse inaugurale*, 1888).

Hewist. — Infections aiguës du pharynx (*Med. News*, 8 sept. 1888).

Jacobson. — Algosis faucium leptothrica (*Klin. Vortr. heraus. gegel.*, Von R. V. Volkm., 317).

Jamison (Arthur). — Pharyngite hémorragique (*British. med. Journ.*, 21 avril 1888).

Kappeler. — Traitement de la division de la voûte palatine (*Schweiz Correspondenzbl.*, 1888, nº 17).

Knoche (Frz.). — Lipomes de la cavité buccale (Bonn, 1888).

Krahé (S.). — Recherches expérimentales et histologiques sur l'hypertrophie compensatrice de glandes salivaires (Bonn, 1888).

Lannois. — Note sur un polype pédiculé de l'amygdale (*Lyon méd.*, 4 nov. 1888).

Lauenstein. — Extirpation d'un carcinome du voile du palais (*Aertz. ver. Zu Hamburg*, 21, II; *Deutsch. med. Wochenschrifft*, 33, 1888).

Le Fort. — Un crochet à bottines ayant séjourné pendant neuf mois dans la joue à l'insu du malade (*Union méd.*, 18 oct. 1888).

Le Gendre. — De l'hypertrophie de l'appareil amygdalien (*Union méd.*, 2 oct. 1888).

Lockwood. — Epithélioma de la langue. Compression des artères linguales; opération; guérison (*British. med. Journ.*, 3 nov. 1888).

Mac.-Coy (Alexander). — Sarcome primitif de l'amygdale (*Amer. Laryng. Associat.; N-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Miller. — Bactéries pathogènes de la bouche (*Journ. des Connais. méd.*, 15 nov. 1888).

Moller. — Un cas de pharyngotomie sus-hyoïdienne; guérison (*Ugeskrift for Laeger*, 21 juil. 1888).

Moure (E. J.). — Sur l'œdème aigu de la région sus-épiglottique et du pharynx chez un diabétique. (*Am. laryng. Associat.; N-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Ortmann. — Actinomycose de la langue (*Verein. f. wissensch. Heilkund*, in *Kœnigsb.-Berlin, Klinisch. Wochensch.*, 38).

Percy Kidd. — Hémorragies du pharynx et du larynx et autres hémorragies pouvant les simuler (*British. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 15 septembre 1888).

Raingeard. — Tumeur et ablation du maxillaire supérieur (*Gaz. méd.*, Nantes, 9 oct. 1888).

Reid (John J.). — Amygdalite suppurée avec passage du pus dans le médiastin et la plèvre-mort. (*Med. and. Surg. Report.*, 29 sept. 1888).

Richet. — Epithéliome glandulaire de la lèvre inférieure (*Gaz. des Hôp.*, 20 sept. 1888).

Rosolimos. — Les syphilides secondaires de la bouche traitées par les injections mercurielles, champ aphlegmasique dans la pratique des injections (*Ann. de Derm. et de Syp.*, sept. 1888).

Scanes Spicer. — Amygdales (du larynx, de la langue et du pharynx), leurs fonctions et leurs relations avec les maladies de la gorge et du nez (*Lancet*, 27 oct. 1888).

Schaeffer. — La bourse et l'amygdale pharyngiennes (*Monats. für Ohrenheilk.*, 1888, nº 8).

Schadle (J.-E.). — Chorée du voile du palais consécutive à l'hypertrophie et à l'hypéresthésie de la muqueuse recouvrant le cornet inférieur (*American rhinolog. Associat.*, 12, 13, 14 sept. 1888; *N.-Y Med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Schwabach. — Sur le développement de l'amygdale du pharynx (*Archiv. für microscop. Anatom.*, Band XXXII).

Seiler. — Lecture sur l'amygdalite aiguë. Polype nasal (*Med. and Surg. Report.*, 18 août 1888).

Shepherd (F.-J.). — Hémiglossite (*Medic. Chirurg. Society of Montr.*, May 4, 1888).

Siegfried Rosenberg. — Baume du Pérou contre les leucoplasies idiopathiques de la bouche (*Thérap. Monatsch.*, nº 10, 1888).

Suñé. — Fibro-sarcome de la région mastoïdienne, etc. (*Revista de Laring., Otol. y Rinol.*, sept. 1888).

Thomson. — Ulcérations tuberculeuses de la langue (*Brit med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Townsend-Porter. — Pharyngite chronique (*Missis. val. med.* Associat., 25, 26, 27 sept. 1888; *The Med. Record*, 13 oct. 1888).

Trélat. — Epithélioma de la langue du pilier et de l'amygdale (*Gaz. des hôp.*, 25 oct. 1888).

Valat. — Traitement de l'hypertrophie des amygdales par l'ignipuncture (*Gaz. des hôp.*, 17 nov. 1888).

Voituriez. — Vestige cartilagineux d'un arc pharyngien surnuméraire chez l'homme (*Journ. des Sciences méd. de Lille*, 21 sept. 1888).

Wolff. — Palatoplastie chez un enfant de cinq mois (XVII[e] Congr. des chirurg. All., *Central für Chirurg.*, nº 24, page 30, 1888).

X... — Abcès chronique de la loge amygdalienne à la suite de l'amygdalotomie (*The Journ. of the amer. med. Assoc.*, 8 sept. 1888).

Ziem. — Etiologie de l'inflammation péri-amygdalienne. Remarques sur la périchondrite du larynx (*Monats. f. Ohrenheilk.*, 9).

Nez et Pharynx nasal.

Bayet (N.-A.). — Un cas d'asthme chez un enfant de 9 ans. Considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de cette affection dans l'enfance (*La Clinique*, nº 31, 1888).

Bosworth (F.-H.) — Physiologie du nez (*Medic. News*, 4 août 1888).

Carhartt. — Catarrhe nasal chronique (*Kansas City med. Index*, juil. 1888).

Carl H. von Klein. — Discours à l'Association américaine de rhinologie (*The Journ. of the Am. med. Associat.*, 22 sept. 1888).

Carpenter (G.). — Etiologie et pathologie du catarrhe aigu (*Americ. Rhinolog. Associat.; New-York. med. journ.*, 22 sept. 1888).

Chiappa. — Sur la valeur diagnostique des globes (*Corpuscules hyalins du rhinosclérome*, opuscule, Milan 1888).

Cholewa. — Hypertrophie de l'extrémité postérieure du cornet inférieur du nez (*Zeitschrif. für Ohrenh.*, XIX, 2).

C. Rice (Clarence). — Chirurgie antiseptique du nez (*Am. Laryngol. Associat. New-York med. Journ.*, 20 octobre 1888).

Compaired. — Valeur du traitement hydrothérapique de l'ozène (*Bolletino de med. et cirurgia*, Madrid, juil. 1888).

Cresswell-Baber. — Causes, effets et traitement de la sténose nasale (*Brit. med. Associat.*, Glasgow, août 1888).

Doermer. — Kyste dermoïde de l'antre d'Higmore (*Inaug. dissertation;* Strasbourg, 1888).

Ernyei. — L'huile de térébenthine comme styptique dans les épistaxis, graves (*Orvosi Heti Szemle*, nº 12, 1888).

Gomez de la Mata (Frédérico). — L'ozène (*Revista de Laring., Otol. y Rinolog.*, octobre 1888).

Gellé. — Des réflexes auriculaires; d'un centre réflexe oto-spinal; de son siège dans la moelle cervicale (*Tribune médicale*, 11 novembre 1888).

Girard. — Modification de la suture du nez dans le bec-de-lièvre (*Schweiz Correspond. bl.*, XVIII, 4).

Ficano Giuseppe. — La cocaïne dans les végétations adénoïdes naso-pharyngiennes (*Bollet. del. malat., del orechio, della gola*, 1er nov. 1888).

Gronbeck (C.) (Copenhague). — Sur les polypes fibreux naso-pharyngiens (*Copenhague*, 1888, 212 pages).

Groh. — De l'écoulement du liquide arachnoïdien par le nez (*Wiener Med. Bl.*, 9, 1888).

Gruber. — Séparation du sinus maxillaire en deux cavités secondaires par une cloison osseuse et communiquant chacune par une ouverture avec les fosses nasales (*Virch. archiv.*, CXIII, 3).

Gruber. — Duplicité du foramen rotundum du sphénoïde (*Virch Archiv.* CXIII, 3).

Guye. — Aprosexie consécutive à des lésions nasales (*Deutsch. med. Wochensch.*, 40).

Guye. — Communications sur les suites éloignées des lésions nasales (*Deustche med. Woch.*, 4 octobre 1888).

Harrison-Allen. — Anatomie des fosses nasales (*Amer. Laryng. Associat.; New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Hartmann (J.-H.). — Traitement de la rhinite atrophique par le courant galvanique (*Americ laryngolog. Associat.; New-York med. Journ.*, 20 octobre 1888).

Helfeink. — Rhinoplastie partielle et totale (*Archiv. für klinische chirurg.*, XXXVII, 3).

Hobbs (A.-G.). — Chirurgie des gommes des fosses nasales (*Am. Rhinolog. Associat.; New-York med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Hopmann. — Guérison d'une maladie de Basedow par amélioration d'une affection nasale (*Berl. Klin. Woch.*, 15 oct. 1888).

Jarvis (William C.). — Note sur un cas de carie du nez compliquée de méningite, traitée avec succès par la trépanation (*Americ. laryng. Associat.; New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

North John. — Relation des maladies du nez avec les autres affections, y compris celles du cerveau et du système nerveux (*Amer. Rhinol. Associat; N-Y. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Kemperdick. — Sur un cas de tumeur nasale (*Natur. f. d. Versam. Zü Coln. Berlin, Klinisch. Wochensch.*, 43).

Kirmisson. — Eléphantiasis du nez, traité par la décortication (*Société de chir.*, 31 oct.; *Revue gén. de Clin. et de Thérapeutique*, 8 nov. 1888).

Knight (Charles-H.). — Occlusion congénitale osseuse de l'orifice postérieur des fosses nasales chez un enfant, guéri par la trépanation (*Améric. laryngol. Associat.; New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Knode (R.-S.). — Obstructions intra-nasales (*Americ. rhinolog. Associat.; New-York med. Journ.*, 22 sep. 1888).

Le Dentu. — Hypertrophie éléphantiasique du nez. Décortication (*La France méd.*, 27 oct. 1888).

Link. — Deux cas d'empyème de l'antre d'Higmore, traité par l'opération de Mickulicz (*Wiener med. Woch*, 1888, n° 31).

Melle. — Les bacilles du rhinosclérome (Compte rendu de l'*Acad. méd de Naples*, 1888).

Michelson. — Sur la formation du nez en selle (*Ver. für wissen. heilk.* in *Kœnigsberg Berlin. Klinis Wochen.*, 38).

Michelson. — Un cas de fibrome naso-pharyngien (*Ver. für Wissens ch. Heilkund.* in *Kœnigsberg Berlin-Klinische Wochenschrifft*, 38).

Noquet. — Corps étrangers de la fosse nasale gauche ayant provoqué une rhinite fétide (*Annales de la Société médico-chirurg. de Liège*, nos 8 et 9, 1888).

Noquet. — Quelques considérations sur la rhinite atrophique (*Annales de la Société médic. chirurg. de Liège*, nos 8 et 9, 1888).

Panse (R.). — Des tumeurs adénoïdes du nez et du pharynx nasal (Halle, 1888).

Pleskoff. — Applications thérapeutiques de la créoline (*Therap. monats*, X., 1888).

Powell. — Myasie des fosses nasales (*Saint-Louis med. a surg. J.*, oct. 1888).

Porter (William). — Hémorragie récurrente des voies respiratoires supérieures (*Med. Bulletin a monthly Journ. of med. and. surg.*, oct. 1888).

Rankin (D.-N.) — Parasites des fosses nasales (*Améric. laryng. Associat.*; *New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Rumbold. — Effet des inflammations nasales sur le cerveau (*Americ. rhinolog. Associat.*; *New-York. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Rumbold (C.-F.). — Etiologie et pathologie des maladies du nez (*Amer. Rhinol. Associat.*, 12, 13, 14 sept. 1888; *New-York med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Robinson (B.). — Dyspepsie ayant entraîné des désordres sur la muqueuse des voies respiratoires supérieures (*Americ. laryng. Associat.*; *New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Roquer y Casadesus. — Observations de deux cas de névrose réflexe d'origine nasale (*Sociedad espagn. de Laring., Otolog. Rinologia*, session du 28 sept. 1888).

Rusby (H.-H.). — L'écorce de cocillana comme nouveau remède contre le catarrhe (*Thérapeut. Gaz.*, août 1888).

Schadle. — Symptômes inaccoutumés consécutifs à l'application de la cocaïne dans le nez (*The Med. Register*, 11 août 1888).

Schutter. — Contribution à l'étude de l'empyème du sinus frontal (*Monats. für Ohrenheilk.*, 10, 1888).

Seth S. Bishop — Nouvel otoscope pneumatique pour le diagnostic des affections de l'oreille moyenne; amygdalotome perfectionné; spéculum nasi (*Journ. of the am. med. Associat.*, 22 sept. 1888).

Stockwell. — Polypes du nez (*Med. surg. Report.*, 8 sept. 1888).

Thorner (Max). — Discussion sur l'hay-fever (*Cincinnati med. Society*, 9 oct. 1888).

Thrasher (A.-B.). — Traitement chirurgical du catarrhe nasal (*Amer. Rhinolog. Associat.*; *New-York med. Journ.*, 22 sept. 1888)

Tirifahy. — Polype naso-pharyngien; résection temporaire de l'auvent nasal (*Académie royale de Médecine de Belgique*, séance du 26 mai 1888).

Warwick M. Cowgill. — Quelques causes de l'obstruction des fosses nasales chez l'enfant, leur effet et leur traitement (*The amer. Practionner and News*, 15 sept. 1888).

Whitehill Hinkel. — Notes cliniques sur l'usage de l'antipyrine dans les cavités nasales (*N.-Y. med. Jour.*, 20 oct. 1888).

Ziem. — De la cocaïne dans les épistaxis consécutives aux accès d'éternûments (*Deutsch. med. Wochenschrifft*, 40, 1888).

Zwaardemaker (H.) (Utrecht). — Le mécanisme de l'odorat (*Weekbl. Van het Nederlandsch Tijdschr. voor Genech*, n° 14, 1888).

Zwaardemaker (H.) (Utrecht). — De la manière de mesurer le sens de l'odorat dans les expériences cliniques (*Weekbl. Van het Nederl. Tijdschr. voor Genech*, n° 5, 1888).

Larynx et Trachée.

Areitza. — Aphasie et aphonie traumatiques guéries par l'hypnotisme (*Correo med. castellano Salamanca*, 10 juillet 1888).

Aufrecht. — Un cas de sténose fibreuse de la trachée (*Deutsch. archiv. für Klini. med.*, 2, 3).

Aufrecht. — Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs par un cancroïde de ces muscles (*Deutsch. archiv. für Klinische med.*, 2, 3).

Baratoux. — Le tubage du larynx (*Pratique méd.*, 16 oct. 1888).

Bassols y Prim. — Traitement de la tuberculose laryngée (*Sociedad espagn. de Laring. Otolog.*, sessions du 26 au 29 sept. 1888).

Bannermann (W.-B.). — Epithélioma du larynx compliqué de bronchocèle; mort par asphyxie occasionnée par la rupture d'un abcès (*The British med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Beehag. — Le menthol dans la phtisie laryngée et pulmonaire, etc. (*Ann. des mal. de l'Or., du Lary.*, etc., sept. 1888).

Howard (Benjamin). — L'épiglotte dans l'asphyxie (*Lancet*, 27 oct. 1888).

Burgess. — Lupus du larynx (*Sheffield medico-surgic Society ; Lancet*, 10 nov. 1888).

Cantalamessa. — Du pouls laryngé descendant dans les anévrysmes de la concavité de l'arc de l'aorte et de sa valeur diagnostique (*Bollet di Sc. med. de Bologne*, juillet-août 1888).

Carmelo Abate. — La phtisie laryngée tuberculeuse (Catania, typograf. Pastore, 1888).

Casselberry. — Nouvelle méthode d'alimentation dans les cas d'intubation du larynx (*The Chicago med. Journ. and. Exam.*, oct. 1888).

Hopmann (Carl. Melchior). — Sur les néoplasmes de la muqueuse des voies respiratoires (*Prag. méd. Wochens.*, 19 sept. 1888).

Dees. — Anatomie et physiologie du nerf pneumo-gastrique (*Archiv. für. Psychia.*, XXI).

Delavan (D.-B). — Nouvelles recherches sur l'existence d'un centre moteur cortical pour le larynx humain (*Amer. laryng. Associat. ; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Desgain. — Nouvelle canule pour la trachéotomie (*Annales et bulletin de la Société de méd. d'Anvers*, juil. et août 1888).

Donaldson. — Un cas de sténose du larynx traité par la dilatation (*Amer. laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Dudon. — Chloroforme et trachéotomie (*Soc. méd. et chir. Bordeaux* in *Journ. méd. Bordeaux*, 14 oct. 1888).

Eichhorst. — Désinfection des voies respiratoires (*Wien. med. Presse*, 42).

Exner. — Innervation du muscle crico-aryoïdien (*Deuts med. Zeitung*, 22 octobre 1888).

Felici. — Paralysies laryngées par anévrysmes aortiques (*Arch. Ital. de Laring.*, an VIII, nº 4, oct. 1888).

Frænkel. — Anatomie des cordes vocales (*Berlin. Klinis Wochen.*, 43).

Hooper (Franklin). — Effets des irritations diverses sur l'action du nerf récurrent (*Am. Laryng. Associat; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Fletscher Ingals (E.). — Laryngite rhumatismale chronique, ou douleur rhumatismale chronique de la gorge (*The med. Bulletin*, oct. 1888).

Fletscher Ingals (E.). — Enchondrome du larynx (*Americ. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Glasgow (W.-C.). — Angiome du larynx (*Am. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Gottfried Scheff. — Curette rotatoire pour le larynx (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 25 sept. 1888).

Gottstein. — Maladies du larynx, laryngoscopie et thérapeutique locale *Leipzig und Wien Franz Deuticke*, 39 fig., 2e édition, 1888).

Gouguenheim (A.). — Deux cas intéressant à la clinique de laryngologie de l'hôpital Lariboisière (*Americ laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Grabower. — Sur la syphilis du larynx (*Deuts. med Wochen.*, sept. 1888).

Guerra (I.). — Extirpation des tumeurs bénignes du larynx (Bonn. 1888).

Hamilton. — Que faut-il faire dans les cas de sténose laryngée (*Indiana med. Journ.*, sept. 1888) ?

Harvie (J.-B.). — Intubation du larynx (*Montreal medic. Journ.*, août 1888).

Hayward. — Kyste de la bande ventriculaire (*Lancet*, 15 sept. 1888).

Hoffa. — Résultats de la fissure du larynx (*Versaml. deutsch. Natur for. und Aerzte* in *Coln intern. Klin. Runds.*, 4 nov. 1888).

Holden (E.-A.). — Instrument pour ouvrir le larynx sans incision préalable de la peau (*Americ. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Howard-Smith. — Traitement de la phtisie laryngée et pulmonaire par le spray de vaseline chaude associée au menthol et à l'iodoforme (*The Journ. of the am. Assoc.* 22 sept. 1888).

Hutchinson (S.). — Périchondrite aiguë du larynx suivie de nécrose (*British. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Kaarsberg (H.). — Laryngite ulcéreuse chronique (*Danemark hospitals Tidende*, 18 juil. 1888).

Koehler. — Des corps étrangers du larynx (*Berlin. Klinische Wochenschrifft*, 5 nov. 1888).

Krieg. — Lampe pour le larynx (*Med. Correspond. bl. d. Wurtemb. aertze Landesv*, 30, 1888).

Kurz. — Kyste muqueux de la paroi inférieure de la corde vocale gauche (*Mémorabilien*, 2).

Langenbuch (C.). — Tamponnement des voies respiratoires (*Berlin. Klinische Wochensch.*, 29 oct. 1888).

Langmaid (S. W.). — Papillome du larynx chez un enfant (*Americ. laryn. Associat.; N-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Landgraf. — Un cas de paralysie de la corde vocale gauche dans le cours d'une péricardite (*Charité, ann.* XIII).

La Placa. — De la laryngite hémorragique (*Arch. ital. de Laryng.*, an. VIII, n° 4, oct 1888, Naples).

Lardy. — Canule pour le rétrécissement profond de la trachée (*Illustrirt. monatsch. und. aerzt. Politech.*, 6).

Lucas Championnère. — Crises laryngées tabétiques. Hémiplégie avec hémianesthésie, Mutisme hystérique (*Journ. med.*, oct. 1888).

Ludwig Lowe. — Enlèvement des sécrétions pathologiques du larynx au moyen des injections d'eau (*Monats. für Ohrenheilk.*, n° 5, 1888).

Madelung. — Sur le laryngocèle (*Natur for. Ver. zü Coln. Berlin. Klinisch. Wochens.*, 43.

Max Marckwald. — Les mouvements de la respiration, leur innervation chez le lapin, avec un supplément sur l'existence de centres respiratoires dans la moelle (London, Backie a. son, 1888. Imp. 8 vo., P. p. 177).

Martino. — Les rétrécissements du larynx et de la trachée et leur traitement (*Gli. incurabili.*, an. III, nº 19 et 20, 1er et 15 oct. 1888, Naples).

Merrigan. (T.-D.). — Erysipèle du larynx. Intubation. Laryngotomie. (*Med. Record.*, 6 oct. 1888).

Michel (C.). — Sur les altérations de la voix (*Allg. Wien. med. Zeitung.*, 30 oct. 1888)

Michelson. — Tumeur syphilitique du larynx (*V. fur wissensch. Heilkunde* in *Kœnigsberg Berlin. Klinisch. Vochens.*, 38).

Moll. (C. et H.) — Du tubage du larynx (*Weekbl. van Ihet Nederl. Tijdschr Voor Geneesk*, nº 7, 1888).

Môller (Danemarck). — Tumeur de l'épiglotte. Laryngotomie soushyoïdienne (*Ugeskrift fur Laeger*, 21 juil. 1888).

Mulhall. — Cure de la voix de fausset (*Amer. laryng. Associat.; N-Y. med. journ.*, 20 oct, 1888).

Muralt. — Sur les canules à trachéotomie (*Correspond. blatt. für. Schw. Aertze*, 15. 1888).

Oppenheim. — Sur un cas curieux d'atrophie musculaire progressive, juvénile par lésion des muscles de l'œil et du larynx (*Charité, ann.* XIII, 1888).

Pichevin. — La maladie de Frédéric III d'après les documents publiés (*Gaz. des hôp.*, 13 nov. 1888).

Kayser Richard. — Un cas de carcinome du larynx, extirpation de la partie malade (*Deutsch. med. Woch.*, 8 nov. 1888).

Parker Robert (W.). — Trachéotomie chez les enfants. — Pourquoi ne donne-t-elle pas de succès ? (*Edimburg. med. Journ.*, nov. 1888).

Ryerson. — Rapport officiel allemand de la maladie de feu l'empereur Frédéric III (in *The Canada, Pract*, nov. 1888).

Saint-Philippe (R.). — Allaitement par le nez, gavage et couveuse artificielle (*Soc. med. et chir. de Bordeaux.; Journ. méd.*, 14 oct. 1888).

Sajous. — Traitement de quelques formes de laryngite chronique (*Am. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Salzer. — Canule trachéale pour les scrofuleux (*Wien. med. Woch.*, 29).

Schadle (J.-E.). — Aphonie nerveuse guérie par l'usage local de la cocaïne (*The med. and. surg. Reporter.*, 29 sept. 1888).

Schmaltz. — Thérapie du larynx (*Jahresb. des Gesellsch. für Natur und Heilkund. Dresden*, 1887 et 1888).

Schleicher (W.). — Sur quelques cas bénins de tuberculose laryngée (*Annales et Bulletin de la Société de médecine d'Anvers*, juin 1888).

Schmidt (Hans). — Extirpation totale du larynx; réapparition de la voix (*Wien. med. Presse*, 28 oct. 1888).

Schnitzler (John). — Contribution à l'étude du traitement endolaryngé du cancer du larynx; fin (*Intern. Klinische. Rundschau*, 4 nov. 1888).

Sécrétan. — Sur deux cas de sténose du larynx (*Correspond. blatt. f. Schw. aerzte*, 12, 1888).

Seiler. — Sténose du larynx et de la trachée (*Americ. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Smith. — Traitement de la phtisie pulmonaire et laryngée par un spray de vaseline jaune avec menthol et iodoforme (*Semaine méd.*, 14 nov. 1888).

Solis-Cohen (J.). — Stenose du larynx par cicatrisation étendue d'un cas de tuberculose ulcéreuse. (*Americ. Laryng. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Solis-Cohen. — Syphilis du larynx, de la trachée et des bronches (*N.-Y. med. Journ.*, 6 oct. 1888).

Sommerbrodt. — Enrouement datant de 28 ans; dyspnée depuis 5 ans. Papillomes multiples. Fissure du larynx. Guérison complète (*Berlin, Klinisc. Wochensch.*, 42, 1888).

Strazza. — Développement des muscles du larynx (*Med. Buch*, 1888, IV).

Stewart (W. R.). — Deux cas de paralysie unilatérale des adducteurs du larynx, consécutive à une irritation réflexe du nez (*Lancet*, 13 oct. 1888).

Stoker (George). — Emploi et abus du traitement local dans les maladies du larynx (*British. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Thost. — Sténose laryngée et trachéotomie (*Aerzt. Verein* in *Hamburg*, 17; IV, *Deutsch. med. Wochenschr.*, 41).

French-Thomas. — Etude de l'image laryngée pendant la formation de la voix (*Am. Laryng. Assoc.; N-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Viura y Carreras. — La coqueluche, sa nature, son traitement (Communication faite au Congrès médical international de Barcelone, sept. 1888).

Wagner (C). — De l'habitation des lieux élevés comme moyen de traitement de la phtisie laryngée (*Am. Laryng. Associat.; N-Y. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Waxham. — Remarques sur le tubage du larynx (*Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1888).

Wright (Edward-Arthur). — Obstruction des voies respiratoires. Trachéotomie. Guérison (*Lancet*, 29 sept. 1888).

Zalesski. — Sur les canules en argent pour la trachéotomie (*Saint-Pétersburg. med. Wochenshrift*, 20 oct. 1888).

Oreilles.

Bacon (G.). — Un cas d'abcès du cerveau suivi de la nécrose du temporal; opération ; mort d'hémorragie secondaire; autopsie (*Am. Otolog. Society; Med. new. Med. Journ.*, 6 oct. 1888).

Baker (A.-R.). — Conséquences de la suppuration aiguë de l'oreille moyenne, avec indications particulières sur l'ouverture de l'apophyse mastoïde (*The med. and. surg. Reporter*, 1er sept. 1888).

Barr. — Discours du président prononcé à l'ouverture de la section d'otologie (*Assoc. Méd. anglaise Glasgow*, août 1888).

Barr. — Discours sur l'otologie prononcé à la section au Congrès de l'Association médicale anglaise à Oxford (*Brit. med. Journ.*, 1er sept. 1888).

Beard (S.-S.). — Cas typique de maladie de l'apophyse mastoïde (*Missis. Val. med. Associat.; The med. Record*, 13 oct. 1888).

Beard (C.-H.). — Maladies de l'oreille moyenne (*Mississipi Valley. med. Associat.*, 25, 26, 27 sept. 1888).

Benno Baginsky. — Des symptômes de la maladie de Ménière (*Berlin. Klinisch. Woch.*, 5 nov. 1888).

Berger. — Recherche et extraction des petits projectiles de l'oreille (*Gaz. des hôp.*, 13 oct. 1888).

Berthold. — Que peut entendre une oreille humaine sans étrier (*Arch. of Otology*, vol. XVII, nº 3)?

Bianchi. — Vertige de Ménière (*Riforma med.*, an IV, nº 229 et suiv., Rome, 1888).

Bishop. — Un nouvel otoscope pneumatique pour le diagnostic des affections de l'oreille moyenne (*Journ. am. med. Assoc.*, 22 sept. 1888).

Bishop. — Leçons sur les affections mastoïdiennes fatales (*Weekly med. Review,* 20 oct. 1888).

Blake. — Influence de l'usage du téléphone sur l'audition (*Arch. of Otology,* vol. XVII, nº 3).

Boylan. — Bourdonnements d'oreilles, un cas grave dans lequel l'insufflation de vapeurs d'éther sulfurique a été suivie de bons résultats (*Cincinnati Lancet clinic.*, 29 sept. 1888).

Bourgougnon. — Corps étrangers dans l'oreille d'un enfant de 4 ans, donnant lieu à des symptômes de méningite; extraction (*Rep. de Thérap. méd.*, oct. 1888).

Brunner. — Sur la maladie de Ménière (*Arch. of Otology,* vol. XVII, nº 3).

Bryant. — Corps étrangers dans l'oreille, otorrhée, otite moyenne suppurée, méningite suppurée, mort, nécropsie (*Lancet,* 10 nov. 1888).

Burnet (C.-H.). — Inflammation chronique suppurée de la caisse du tympan (*Am. Otolog. Society med. Record,* 22 sept. 1888).

Chauvel. — Traitement des abcès intra-craniens consécutifs aux suppurations de l'oreille (*Bulletin méd.*, 10 oct. 1888).

Chénieux (Limoges). — Trépanations de l'apophyse mastoïde (*Echo méd.*, 6 oct. 1888).

Deighton. — Affections auriculaires (*The Lancet,* 22 sept. 1888).

Deighton. — Sujets auriculaires (*Brit. med. Journ.*, 6 octobre 1888).

Eitelberg. — Marche prolongée d'une otite moyenne suppurée dans trois cas de tuberculose (*Arch. of. Otology,* vol. XVII, nº 3).

Eitelberg. — L'otite chez les enfants rachitiques (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd., XXVII, 1, 2).

Fasano. — Contribution à l'étude de l'influence de la stimulation acoustique exercée sur une autre sensation (Turin, typographie Roux, 1888).

Fasano. — Rapports étiologiques entre la maladie de l'oreille et de la bouche (Naples, typ. Serrante, 1888).

Foltz. — L'otologie. Son importance dans la pratique générale (*Am. med. Journ.*, oct. 1888).

Franck W. Ring. — Affections de l'oreille moyenne et inhalateur de Roosa (*Medical. Record,* 6 oct. 1888).

Gomez de la Mata. — Catarrhe de l'oreille moyenne et sclérose de la caisse du tympan (*Sociedad espagn. de Laring., Otolog. y Rinolog.;* Sessions du 26 au 29 sept. 1888).

Gruber. — Périotiste de la région mastoïdienne (*Allg. Wien. Medic. Zeitung*, 23 oct. 1888).

Hartmann. — Rapport sur les progrès de l'otologie pendant la seconde moitié de l'année 1887 (*Arch. of Otology,* vol. XVII, nº 3).

Hartmann. — Nouvelles observations de la formation des kystes de l'oreille (*Arch. of. Otology,* vol. XVII, nº 3).

Katz (L.). — Contribution à l'étude de la liaison des cellules de Corti et de Deiters et de leur structure (*Monat. für Ohrenheilk.*, août 1888).

Lautenbach (L.-J.). — Traitement préventif des maladies de l'oreille dans l'enfance (*Med. and Surgic. Reporter*, 15 sept. 1888).

Lee (Benjamin). — Hématome de l'oreille, comme signe de lésion de la colonne vertébrale cervicale à sa partie supérieure (*Americ. Orthop. Associat.; N.-Y. med. Journ.*, 3 nov. 1888).

Mackenzie (J.-N.). — Névrose inédite de l'appareil auditif unie étroitement à un coryza sympathique (*Am. Laryng. Associat.; N.-Y med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Bride (Mac). — Opérations sur l'apophyse mastoïde (Louisville, *Med. Herald*, oct. 1888).

Marian (A.). — Sur des corps étrangers de l'oreille et du nez (*Prager med. Wochensch.*, 17 oct. 1888).

Marmaduke Sheild. — Exostose de l'oreille (*Med. Society of London Lancet*, 27 oct. 1888).

Masini (Giulio). — De l'action du courant électrique en otologie (*Bollet. del. mal. del. Orech, Gola et del Naso*, 1er nov. 1888).

Morat. — La vaso-dilatation de l'oreille ; anciennes données, expériences de Schiff, de Cl. Bernard (*Province Méd.*, 13 oct. 1888).

Mooss. — Diagnostic et pronostic des suppurations de l'oreille moyenne (*Deutsch. med. Wochensch.*, 1er nov. 1888).

Netter. — Recherches bactériologiques sur les otites moyennes aiguës (*Ann. des mal. de l'oreille et du larynx* in *Union Méd.*, 13 nov. 1888).

Noquet. — Deux polypes muqueux de l'oreille (*Bulletin méd. du Nord*, août 1888).

Paun. — Catarrhe auriculaire. Sa fréquence et son traitement (*Massachusets med. Journ.*, sept. 1888).

Pecklan. — Balle déchiquetée dans le conduit auditif externe (*North Carolina med. Journ.*, août 1888).

Pollak (Joseph). — De l'excitabilité électrique du nerf acoustique (*K. K. gesells der Aerzte* in *Wien*, 26 oct. 1888; *Internat. Klinische Rundschau*, 4 nov. 1888).

Pomeroy (O.-D.). — Un cas d'otite chronique suppurée avec irido-choroïdite métastatique, et abcès de la nuque communiquant avec le tympan (*Am. Otolog. Society*, 18 sept. 1888; *Med. Record*, 22 sept. 1888).

Purvest. — Sur la valeur exacte de ces moyens appelés membranes tympaniques artificielles pour entendre facilement. (*Brit. med. Journ.*, 1er septembre 1888).

Richey (S.-O.). — Physiologie de la membrane du tympan (*The Chicago med. Journ. and Exam*, oct. 1888).

Rigaut. — Des perforations du tympan : thérapeutique (*Revista de sanidad militar.*, 1er oct. 1888).

Robertson. — Nouvelle seringue pour l'oreille moyenne (*Lancet*, 27 octobre 1888).

Rohrer. — Sur la pathogénie des bactéries dans les affections purulentes de l'oreille (*Deutsch med. Wochensch.*, 1er nov. 1888).

Arndt (Rudolf). — Hématome de l'oreille (*Internation. Klinisch. Rundschau*, 28 oct. 1888).

Sexton (Samuel). — Maladies du conduit auditif externe, anomalies, hyperhémie. Otite externe circonscrite. Otite externe diffuse. Otite externe desquamative. Bouchons de cérumen. Séborrhée. Aspergillus (*The med. Record*, 13 octobre 1888).

Sexton. — L'oreille et ses maladies (ouvrage édité par Colles-Wil-Wood et Cie, New-York 1888).

Steinbrügge. — Malformation des oreilles, inflammation chronique purulente de l'oreille moyenne, examen du labyrinthe (*Arch. of Otology*, vol. XVII, no 3).

Suné. — Critique des méthodes employées pour calmer la douleur de l'ostéite aiguë de la caisse du tympan (*Socied. espagn. de Laryng., Otolog. y Rinolog.*, sessions du 26 au 29 sept. 1888).

Suné. — Quel est le meilleur procédé pour maintenir libre la trompe d'Eustache? Usage des bougies dilatatrices (*Sociedad espagn. de Laryng., Otolog. y Rinolog.*, session du 29 sept. 1888).

Tachard. — Coup de feu dans l'oreille (*Courrier méd.*, 10 nov. 1888).

Théobald (Samuel). — Emploi de l'acide borique en solution, dans le traitement des otites moyennes suppurées (*Americ. otolog. Society med Record*, 22 sept. 1888).

Turnbull Lawrence. — Résumé sur l'histoire et la juste valeur des appareils qualifiés sous le nom de membranes tympaniques artificielles (*Journ. of the am. med. Associat.*, 15 sept. 1888).

Weichselbaum. — Sur un cas d'infection générale déterminée par le bacille de la pneunomie à la suite d'une otite moyenne suppurée (*Monat. für, Ohrenh.*, août 1888).

Verdos. — L'hypéresthésie auditive et son traitement (*Sociedad espagn. de Laryng., Otolog. y Rinolog.*, session du 27 sept. 1888).

Wingate. — Hallucinations de l'audition (*Boston med. et surg. Journ.*, 11 oct. 1888).

Wreden. — Communication sur le spéculum de Duplay (*Arch. of Otology*, vol. XVII, n° 3).

X... — Le 5e Congrès international d'otologie à Florence en sept. 1892 (*Bollettino della malattie dell'Orech*, etc., 1er nov. 1888).

Croup et Diphtérie.

Abraham Jacobi. — Remarques sur la nature et le traitement de la diphtérie (*British. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Ackermann (de Christania). — Traitement de la diphtérie (*Tidskrift for Prakt. med.*, mai et juin 1888).

Axel Johannesen (de Christania). — Fréquence de la diphtérie en Norwège (*Verhand. der christia. gesells. der Wissenschaf.*, 1888, n° 1, 338 seiten).

Barata. — Traitement de l'angine diphtéritique par l'antipyrine (*Brazil med.*, 1er et 15 sept. 1888).

Barrois. — Deux cas de diphtérie soignés et guéris par les douches à la solution de phénate de soude, etc. (*Union méd.*, 23 oct. 1888).

Borelius (J.) (de Suède). — De la trachéotomie dans le croup (Statistique des malades opérés à l'hôpital de Götheborg de 1883 à 1888).

Brainerd. — L'identité de la diphtérie et du croup membraneux (*Amer. Lancet*, sept. 1888).

Brownell. — Rapport sur le traitement de la diphtérie (*Amer. Lancet*, sept. 1888).

Bruce (J.-D.).— Papoid et vératrum viride dans la diphtérie (*The med. Record.* 13 oct. 1888).

Burnes. — Une leçon sur l'étiologie de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 28 juil. 1888).

Carlan. — Sur la diphtérie (*El Siglo med.*, 23 sept. 1888).

Carlsen (J.). — Sur la diphtérie et le croup (Copenhague, Biblioth. f. Laeger, 6 R, XVIII).

Cousot. — Traitement de la diphtérie (*Med. Progress; The Journal of the americ. med. Associat.*, 20 oct. 1888).

Davison.— Traitement de la diphtérie (*Anales del circulo med. Argentino*, juin 1888).

Duclos. — Des difficultés du diagnostic différentiel de la diphtérie pharyngée et de l'angine couenneuse commune (*Revue gén. de Clin. et de Thérap*, 25 oct. 1888).

Dufour. — La diphtérie à Fécamp (*Normandie méd.*, 15 oct. 1888).

Earley (C.-R.). — Diphtérie (*Missis. val. med. Associat.*, 25, 26, 27 sept. 1888. — *The med. Record*, 13 oct. 1888).

Gaucher. — Traitement de la diphtérie par les cautérisations antiseptiques (*Semaine méd.*, 14 nov. 1888).

Georg-Will. Gay. — Des méthodes comparatives de trachéotomie et d'intubation dans le traitement du croup (*Americ. surg. Associat.*, 20 sept., 3e séance; *The med. Record*, 22 sept. 1888).

Goldschmid. — Le perchlorure de fer dans la diphtérie (*L'Écho méd.*, 20 oct. 1888).

George B. Hope (Vermont). — Quelques types cliniques de diphtérie, et son traitement par le peroxyde d'hydrogène (*The med. Record*, 13 oct. 1888).

Hinter. — Croup (*Journ. d'obstétrique*, sept. 1888).

Jacubowitsch. — Sur la forme chronique de la diphtérie et de la périchondrite du larynx chez les enfants (*Archiv. für Kinderheilk.*, Bd., 10, nº1).

Jaubert. — Contagion de la diphtérie des gallinacés à l'homme (*Journ. de Méd. et Pharm. de l'Alg.*, sept.).

Lenhart. — Une épidémie de diphtérie (*Cincinnati Lancet-clinic.*, 1er sept. 1888).

Lletget Frédérico. — Hygiène de la diphtérie (*Congres. med. de Barcelona; El Siglo med.*, 21 oct. 1888).

Love (J.-N.).— Le croup et la diphtérie sont-ils identiques? Oui (*Philadelph. med. Times*, 15 sept. 1888).

Mercier (Ad.). — Angine couenneuse, sa guérison en 48 heures par le chloral (*Répert. de thérapeutique*, oct. 1888).

Murray-Gibbs. — Notes sur la diphtérie et son traitement par l'eucalyptus (*Austr. med. Journ.*, 15 juil. 1888).

Ory (E.). — Traitement de l'angine diphtéritique par l'emploi local d'une solution concentrée d'acide salicylique (*Allg. med. central Ztg.*, 58 1888).

Parker. — Quelques points discutables sur le traitement chirurgical de la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Paterne. — Des vaporisations antiseptiques dans le traitement de la diphtérie (*Bul. gén. de thérapeutique*, 15 oct. 1888).

Petit. — L'origine aviaire de la diphtérie (*Revue d'hygiène*, juin 1888).

Ridge. — Tubage naso-laryngien dans la diphtérie (*Brit. med. Journ.*, 13 oct. 1888).

Schrevens (Tournai). — Contributions à l'étude des modes de contagion de la diphtérie (*Annales et Bulletin de la Société de méd. de Gand*, sept. 1888).

Sexton. — Une épidémie de diphtérie (*The med. Register*, 28 juil. 1888).

Smith. — Putréfaction et diphtérie du nouveau-né (*Med. News*, 8 sept. 1888).

Smith Lewis. — Paralysie diphtéritique, traitement de la diphtérie (*New-York med. Associat.*; *New-York med. Journ.*, 27 oct. 1888).

Vladimiroff. — La diphtérie dans le sud de la Russie (*Bulletin méd.*, 7 oct. 1888).

X... — Contre la diphtérie (*Session oficial*; *Boletin clinico de Lerida*, août 1888, nº 26).

X... — Traitement local de la diphtérie par l'antipyrine (*Soc. med. et chi.*, Rio-Janeiro, 20 août 1888; in *Revue gén. de Clin. et de Thér.*, 18 octobre 1888).

X... — Nature et thérapeutique de la diphtérie (*Riforma med.*, an IV, n° 235 et suiv., Rome, 1888).

Varia.

(Corps thyroïde, parotide, cou, œsophage, etc.)

Afanassiew. — Recherches étiologiques et bactériologiques sur la coqueluche (*Journ. des Connais. méd.*, 25 oct. 1888).

Artigalas. — Quelques remarques sur la trachéotomie (*Gaz. hebd. des sciences méd.*, 18 nov. 1888).

Ball. — Du goître exophtalmique (*Encéphale*, sept.-oct. 1888).

Balouïeff. — Cas d'œsophagotomie externe par suite de corps étrangers de l'œsophage (*Medizinskoïe Oboz*, n° 15).

Billroth (Ch.). — Ligature des artères thyroïdiennes pour amener l'atrophie du goître (*St-Pétersb. medic. Wochenschrifft*, 15 oct. 1888).

Biondi (A.-G.). — Structure et fonctions de la glande thyroïde (*Berlin mediz. gesellschaf : Deutsche medic. Zeitung*, 8 nov. 1888).

Burton. — Affections cutanées dans la maladie de Graves (*Brit. med. Journ.*, 6 oct. 1888).

Bower (R.). — Goître exophtalmique (*Missis. val. med. Associat.*, 25, 26, 27 oct. 1888. — *The medic. Record*, 13 oct. 1888).

Cheminade (G.). — Chancre induré, occasionné par un rasoir (partie latérale du cou) (*Annales de Dermatol. et Syphil.*, sept. 1888).

Chéron. — De la toux et de son traitement (*Echo médical*, 29 sept. 1888).

Créquy. — Extraction des corps étrangers de l'œsophage (*Gaz. des hôp.*, 8 nov. 1888).

Dionisio. — Tumeur du thyroïde (*Gaz. méd. de Turin*, an. XXXIX, n° 28, 5 oct. 1888).

Engelsman (B.). — Du mutisme, sa pathologie, ses causes et son traitement (*Medic. Record.*, 3 nov. 1888).

Frænkel. — Sur les affections de la glande thyroïde (*Aerztl. verein in Hamburg*, I, V, 88; *Deuts. medicin. Wochensch.*, 43).

Frank. — Rapport sur les extirpations de goître pratiquées à l'hôpital de Frédéric pendant les années de 1883 à 1887 (*Berl. Klin. Woch.*, 15 oct. 1888).

Frzebicky. — Résection du goître d'après la méthode de Mikulicz (*Archiv. für klinische chirurgie*, XXXVII, 3).

Havilland (de). — Sur l'emploi et l'abus du traitement local dans les affections des voies respiratoires supérieures (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Hinn. — Structure de l'œsophage (*Brit. med. Journ.*, 29 sept. 1888).

Hofmann. — Contribution à l'étude de l'étiologie de la pneumonie croupale (*Munch. medic. Woch.*, 9 oct. 1888).

Hopmann (C.-M.). — Un cas de corps étranger ayant séjourné pendant neuf mois dans le cou (*Berlin Klin. Wochensch.*, 29 oct. 1888).

Knie. — Œsophagotomie pour cancer de l'œsophage, guérison (*Saint-Pétersburg med. Woch*, 22 sept.).

Léjournet. — Considérations sur la pathogénie du vomissement et spécialement du vomissement dans les maladies à toux quinteuse (*France méd.* 6 nov. 1888).

Lemoine. — De l'ulcère simple de l'œsophage (*Revue gén. de Clin. et de Thérap.*, 15 nov. 1888).

Lichtwitz. — De la créoline en général. Emploi de ce nouvel antiseptique dans les maladies du nez, des oreilles et de la gorge (*Revue de Thérapeutique*, in *Bulletin méd.*, 30 sept. 1888).

Lupo. — Contributions à l'étude histologique de la glande thyroïde. — Thyroïdectomie; altérations des centres nerveux consécutives à l'extirpation totale du corps thyroïde (*Il progres med.*, 1er oct. 1888).

Macintyre. — Sur l'emploi de l'électricité dans les affections de la gorge (*Brit. med. Journ.*, 15 sept. 1888).

Mackenzie (J.-N). — Sténose syphilitique de la trachée (*Americ. Laryng. Associat; New-York med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Manasse. — Myxœdème (*Berlin. medizinische gesellsch; Deutsch. Medizin. Zeitung*, 12 nov. 1888).

Martin-Doyle. — Pièce de monnaie ayant séjourné 4 mois dans l'œsophage (*Lancet*, 10 nov. 1888).

Morell-Mackenzie. — La dernière maladie de Frédéric Le Noble (Paul Ollendorf, édit., Paris, 1888).

Müller. — Un cas de mort à la suite de goître (*Inaug. dissertat. münchen*, 1887).

Nassilow (J.-J.) — Œsophagotomie et résection endo-thoracique de l'œsophage (*Wratsch.* n° 25, 1888).

Niesel. — Sur l'emploi de l'acide camphorique dans le catarrhe des différentes muqueuses (*Deutsch. med. Wochenschrifft*, 40).

Onodi (Adolphe). — Des corps étrangers de l'œsophage (*Allg. Wien. medizi. Zeitung*, 30 oct. 1888).

Ozenne. — Du traitement des tumeurs du corps thyroïde (*Gaz. des hôp.*, 29 sept. 1888).

Painter (E.-C.). — Rétrécissement de l'œsophage (*The americ. Practionner and News*, 29 sept. 1888).

Pasqualigo. — Monographie sur la coqueluche (*Venise tip. de l'Emporium*, 1888).

Pirow. — Statistique de la coqueluche à la Polyclinique de Kiel de 1865 à 1884 (*Inaug. dissertat. Kiel*, Lipsius et Tischer).

Princeteau. — Kyste congénital sus-hyoïdien (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 28 oct. 1888).

Roe (J.-O.). — Œsophagotomie interne, avec succès (*Americ. Laryng. Associat.; New-York. med. Journ.*, 20 oct. 1888).

Semon. — Discours sur la laryngologie prononcé à la section, au Congrès de Glasgow (*Brit. med. Journ.*, 18 août 1888).

Schwarz. — Un cas d'aphasie réflexe (*Pest. med. chirurg. Presse*, 1888, n° 13).

Silex. — Apoplexie dans le courant d'une coqueluche avec hémiopie transitoire (*Berlin. Klin. Woch.*, 15 octobre 1888).

Smith (D.-T.) — Goître exophtalmique (*Americ Pract. and News*, sept. 1888).

Sommerbrodt. — Enrouement datant de 28 ans, dyspnée de 5 ans, papillomes multiples, fissures laryngées, guérison complète (*Berlin Klin. Woch.*, 15 octobre 1888).

Souza-Leite. — Note sur un cas de maladie de Graves. Amélioration remarquable sous l'influence de la grossesse. (*Progrès méd.*, 1er sept. 1888).

Steele (Charles). — Sur un cas rare d'absence de l'œsophage (*The Lancet*, 20 oct. 1888).

Storch. — Traitement chirurgical du lymphangiome du cou. (*Deutsch. med. Wochensch.*, 42).

Tansini. — Contribution à l'étude du goître congénital (*Gazetta med. Ital. Lomb.*, nº 34).

Troquart. — A propos de la maladie de l'empereur Frédéric (*Journ. méd. Bordeaux*, 21 octobre 1888).

Valieri. — Traitement du goître exophtalmique par le chanvre cultivé (*Bulletin méd.*, 30 sept 1888).

Verdier. — Traitement du goître exophtalmique (*Bulletin méd.*, 18 novembre 1888).

Vignaud. — Goître, énucléation intra-glandulaire et méthode de Luton (*Progrès méd.*, 13 octobre 1888).

Williams. — La valeur des inhalations dans le traitement de certaines maladies (*Brit. med. Journ.*, 22 sept. 1888).

Woakes. — Un galvano-cautère pratique pour cabinet de consultation (*Lancet*, 15 sept. 1888).

X... — Goître exophtalmique (*N.-Y. med. Journ.*, 3 novembre 1888).

X... — Affaire Mackenzie (*Wochen chronik allg. Wien. med. Woch.*, 23 octobre 1888).

Zoege Manteuffel. — Cas d'echinococcus de la glande thyroïde (*St-Pétersb. Med. Woch.*, 1888, nº 30).

NOUVELLES

La Société espagnole de laryngologie et rhinologie s'est réunie à Barcelone du 26 au 29 septembre 1888.

Ont été proposés comme membres étrangers : les Drs Sir Morell Mackenzie, (de Londres); Ménière et Miot (de Paris); Moure, (de Bordeaux); et Urbantschitsch, (de Vienne).

Par arrêté ministériel, en date du 9 novembre 1888, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès national d'otologie et de laryngologie : MM. les Drs Boucheron, Calmettes, Duplay, Garel (de Lyon), Gellé Gouguenheim, Joal, Lannois (de Lyon), Ladreit de Lacharrière, Lœwenberg, Ménière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux.

Ce comité d'organisation du Congrès d'otologie et de laryngologie nommé par arrêté ministériel, a été convoqué le 17 novembre par M. le professeur Gariel, chargé de l'organisation du Congrés scientifique ne l'Exposition de I889, et s'est réuni sous la présidence de M. Ladreit Lacharrière.

Ont été nommés : Président, M. le professeur Duplay; vice-présidents, MM. les Drs Ladreit de Lacharrière et Gouguenheim; secrétaire, M. le Dr Lœwenberg.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

TABLE DES AUTEURS[1]

TOME VIII

1888

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

TABLE DES MATIÈRES [1]

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique les travaux originaux.

G

P Q

R

S

T

ERRATA DU HUITIÈME VOLUME

Article du Dr CHIARI, n° 11. — Page 625, ligne 16 d'en bas, entre *la carie* et *du maxillaire* ajouter le mot *des dents*. — Ligne 7 et 8 d'en bas, lisez : *ozène* au lieu de *eczéma*. — Page 626, ligne 15 d'en bas, ligne 18, lisez : « Le Dr Zsgmandi opéra l'extraction de la deuxième dent præmolaire du maxillaire supérieur et ouvrit l'antre au moyen d'un petit trépan. — Page 628, ligne 5 d'en haut lisez : *deuxième molaire* au lieu de *deux molaires*. — Ligne 7 d'en haut entre *pénétrer* et *dans* il faut mettre : *par la racine*. — Ligne 16 d'en haut, lisez : *différence* au lieu de : *ressemblance frappante*. — Ligne 20, lisez: *la seconde molaire* au lieu de *cette dent*. — Ligne 26, lisez *peu* au lieu de *très*.

Article du Dr GUINIER, page 573, ligne 15, au lieu de : *eu* lisez *due à*.

Article du Dr VILATO, page 601, ligne 10 et 11, au lieu de : *la toux*, lisez : *le tout*.

Article du Dr Ed. WEILL, page 602, ligne 7, au lieu de : *sous cette anxiété*, lisez : *sans cette anxiété*.

Bordeaux. — Imp. Nouv. A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

